DES TUBERCULES DE LA MAMELLE



Lille, imprimerie Leleux.

2

DES

TUBERCULES

DE LA

MAMELLE

PAR

Louis-Eugène DUBAR

Docteur en Médecine de la Faculté de Paris
Ancien chef de clinique de M. le professeur Parise. (1873-1874).
Ancien prosecteur de l'Ecole de médecine de Lille. (Concours 1873).
Lauréat de la même école.
Ex-interne en médecine et en chirurgie des Hôpitaux de Paris.
Médaille de bronze de l'Assistance publique.
Membre de la Société anatomique.

(Trois planches en lithographie)

PARIS
LIBRAIRIE J.-B. BAILLIÈRE ET FILS
19, RUE HAUTEFEUILLE, 19

1881

TABLE DES MATIÈRES

Pages

INTRODUCTION 7

Première Partie

CHAPITRE Ier. — Comment peut-on reconnaître que l'on a affaire à une affection tuberculeuse 11

CHAPITRE II. — HISTORIQUE 20

Deuxième Partie

CHAPITRE Ier. — ANATOMIE PATHOLOGIQUE ET HISTOLOGIE. . 33

Lésions visibles à l'œil nu 36

A. Noyaux tuberculeux isolés, disséminés . . . 36

B. Noyaux tuberculeux adjacents, confluents. . . 37

EXAMEN MICROSCOPIQUE 40

§ 1. Lésions du tissu interlobaire et interlobulaire . 40

§ 2. Lésions lobulaires 43

§ 3. — Altérations des vaisseaux et des nerfs . . 47

§ 4 — Marche du processus tuberculeux dans la mamelle 49

CHAPITRE II. — SYMPTOMATOLOGIE 52

CHAPITRE III. — DIAGNOSTIC 57

CHAPITRE IV. — PRONOSTIC 66

CHAPITRE V. — ETIOLOGIE 67

CHAPITRE VI. — TRAITEMENT. 69

Pièces justificatives. 71

Observation I (personnelle) 71

Observation II (Le Dentu) 87

Conclusions générales 115

INTRODUCTION

—

Lorsqu'on parcourt un traité d'anatomie pathologique, on trouve pour presque toutes les parties du corps humain un chapitre consacré au tubercule. C'est qu'en effet de nombreux et importants travaux parus depuis le commencement du siècle, ont démontré que la diathèse tuberculeuse pouvait présenter des manifestations un peu partout dans l'économie. Par une heureuse immunité, les glandes mammaires paraissaient jusqu'à ce jour faire exception à la loi commune; et, si autrefois Astley Cooper (1), Velpeau (2) avaient parlé de dépôts ou d'abcès tuberculeux dans la mamelle, ces faits, peu nombreux d'ailleurs, n'avaient pas reçu la consécration de l'examen histologique, des cas analogues n'avaient plus été ni signalés ni décrits, en sorte que MM. Cornil et Ranvier (3) ont pu dire dans leur manuel d'histologie pathologique : « On ne connaît pas d'exemple de tubercules de la mamelle».

---

(1) Astley-Cooper. — Œuvres chirurgicales. (Traduction Chassaignac et Richelot), p. 527.

(2) Velpeau. — Maladies du sein (1854).

(3) Cornil et Ranvier. — Manuel d'histologie pathologique 1re édition p. 1163.

Ce singulier privilège qui ne s'expliquait ni par une structure particulière de l'organe, puisque le tubercule se développe volontiers dans le tissu conjonctif qui se rencontre en abondance dans la mamelle, ni par ses relations physiologiques et pathologiques, puisque cette glande est intimement liée aux organes génitaux de la femme, se trouve détruit par deux faits absolument probants de tuberculose de la mamelle que j'ai eu l'occasion de rencontrer l'année dernière. J'ai observé le premier à la Charité dans le service de M. le professeur Gosselin. Le sein ayant été amputé, je pus en faire un examen anatomo-pathologique et histologique approfondi. Le second a été recueilli à l'hôpital Saint-Louis dans le service de M. Le Dentu. L'examen histologique en a été très habilement pratiqué par M. Quénu, chef du laboratoire d'histologie des hôpitaux. Les lésions décrites par M. Quénu sont tout-à-fait comparables à celles que j'ai vues moi-même et de nature incontestablement tuberculeuses.

Ces deux cas étudiés à fond serviront de base au travail que j'entreprends. Autour d'eux viendront se grouper les observations anciennes, nécessairement discutables puisqu'elles manquent de l'examen histologique, intéressantes néanmoins à rapporter au point de vue clinique, et des publications étrangères récentes dont j'aurai à apprécier la valeur.

La monographie que je vais essayer d'édifier sera nécesairement incomplète. Le nombre de faits que j'ai à ma disposition est trop restreint pour que je puisse avoir la prétention de montrer la tuberculose de la mamelle sous tous ses aspects. J'ai surtout le désir d'attirer l'attention sur ce sujet et je serai trop heureux si cette étude est le point de départ de nouvelles recherches qui seront cer-

tainement fructueuses et qui en combleront peu à peu les lacunes inévitables.

Ce travail sera divisé en deux parties.

La première partie comprendra :

1° *Un chapitre* dans lequel j'essaierai, avec les données actuelles de la science, de répondre à cette question qui s'impose tout d'abord : *Quels sont les caractères qui permettent d'affirmer qu'on a affaire à une affection tuberculeuse ?*

2° *Un chapitre* dans lequel je chercherai à déterminer ce qui, dans les faits rapportés de tuberculisation de la mamelle, appartient en réalité à la tuberculose, et ce qui doit en être distrait.

La seconde partie sera consacrée à l'histoire des tubercules de la mamelle, faite à l'aide des observations préalablement discutées, qui se trouveront consignées à la fin de la thèse sous la rubrique *Pièces justificatives.*

Qu'il me soit permis, avant d'aborder mon sujet, de remercier ici mon excellent maître, M. le professeur Gosselin, qui a bien voulu m'aider de ses savants conseils; M le docteur Cornil, dont l'incontestable autorité en histologie m'a été d'un si précieux concours; et M. le docteur Le Dentu qui, avec une extrême obligeance, m'a communiqué une observation d'une importance considérable pour mon travail.

PREMIÈRE PARTIE

CHAPITRE I.

Comment peut-on reconnaître que l'on a affaire à une affection tuberculeuse ?

Dans des cas relativement assez nombreux, les signes cliniques seuls ou joints aux caractères anatomo-pathologiques macroscopiques donnent une certitude sur la nature tuberculeuse de l'affection. Mais il n'en est pas toujours ainsi. Est-il possible alors histologiquement de reconnaître que l'on est en présence du tubercule ?

Ce problème a été depuis quelques années l'objet de travaux incessants. Thèses et mémoires se sont succédé sans interruption aussi bien en France qu'à l'étranger. Des discussions souvent ardentes se sont élevées sur la structure du tubercule, et cela se comprend facilement, puisque suivant la façon de concevoir cette structure, certains produits pathologiques sont rangés soit dans la tuberculose, soit dans la scrofule. En raison même de ces travaux, celui qui aborde un sujet spécial de tuberculisation, éprouve quelque peine à s'orienter. Il se voit dans la nécessité de s'adonner à une étude aussi complète que possible de la tuberculose en général, afin de se faire une opinion

éclectique. Chercher à saisir les caractères essentiels, fondamentaux, de la tuberculisation, bien plus que du tubercule, reléguer au second plan tout ce qui est encore sujet à contestation, à controverse, telle me paraît être la méthode à suivre. C'est ce que je vais tenter aussi brièvement que possible.

Le terrain sur lequel on rencontre la lésion n'est d'aucun secours pour arriver au diagnostic. Si en effet on veut rechercher dans les auteurs le lieu d'origine, le tissu où se développe le tubercule, on verra qu'ils le font naître dans le tissu conjonctif (Virchow), dans la moëlle des os (Ranvier), aux dépens des cellules endothéliales des séreuses (Cölberg, Rindfleisch), aux dépens des cellules épithéliales (Grancher, Cornil); enfin, invoquant les phénomènes de diapedèse des globules blancs décrits par Cohnheim, M. H. Martin (1), dans une thèse très intéressante, leur reconnaît une origine vasculaire. C'est dire qu'on peut le rencontrer partout.

La nature de la matière tuberculeuse, qu'on l'envisage avec Reinhardt (2) comme un produit d'inflammation ou avec Virchow (3) comme une néoplasie pauvre, constituée par la prolifération des corpuscules du tissu conjonctif, permet déjà de différencier le tubercule de la plupart des tumeurs (sarcome excepté).

Depuis Laennec (4) on sait que la matière tuberculeuse peut se présenter sous deux formes : tantôt elle constitue des nodules, *des granulations* qui, lorsqu'ils atteignent un certain volume, sont visibles à l'œil nu et sont alors regardés par tous les auteurs comme caractéris-

---

(1) H. Martin. — Recherches anatomo-pathologiques et expérimentales sur le tubercule. — Thèse Paris 1879.

(2) Reinhardt. — Annalen der Charité (1850).

(3) Virchow. — Pathologie des tumeurs.

(4) Laennec. — De l'auscultation médiate, t. II (1837).

tiques du tubercule; tantôt elle se répand en traînées et forme alors des *infiltrations*. Ces deux formes de la matière tuberculeuse existent le plus souvent combinées. Aujourd'hui, après de nombreuses discussions, dans lesquelles les uns (dualistes), regardaient ces infiltrations comme des inflammations simples, tandis que les autres (unicistes) les considéraient comme des produits tuberculeux, presque tous les auteurs sont d'accord sur leur nature tuberculeuse. Mais ce n'est pas en s'appuyant sur leur constitution morphologique que l'on est arrivé à cette conclusion. Les uns ont surtout invoqué leur structure, les autres leur transformation caséeuse.

Depuis une dizaine d'années, en Allemagne, plus récemment en France, s'est constituée une école histologique, qui place la caractéristique du tubercule dans une disposition invariable d'éléments connue sous les noms différents, mais synonimes, de tubercule élémentaire, tubercule embryonnaire, tubercule primitif (Friedlander Köster), follicule tuberculeux (Charcot). Le follicule tuberculeux a une forme plus ou moins nodulaire. Au centre du nodule se trouve une cellule géante; celle-ci est environnée d'un nombre variable de couches de cellules épithélioïdes. A la périphérie du nodule existent des cellules embryonnaires. Qu'il s'agisse de granulations visibles ou invisibles à l'œil nu ou bien d'infiltrations, la matière tuberculeuse est toujours constituée par la juxtaposition d'un nombre plus ou moins considérable de ces follicules. Cette conception est, on le voit, d'une simplicité extrême et, si elle était bien exacte, le problème serait résolu.

Malheureusement plus d'un histologiste digne de foi s'est inscrit en faux contre la constance de la structure de la matière tuberculeuse ainsi envisagée, et M. H. Martin (1) déclare que dans un tiers

(1) Loc. cit.

des cas cette disposition n'est pas rencontrée. M. Grancher (1) s'exprime ainsi : « Il est facile de voir sur le péritoine tuberculeux à côté des granulations adultes, les tubercules embryonnaires tout à fait microscopiques se former par le groupement des cellules embryonnaires sans l'intervention primordiale d'une cellule géante. » Les nodules ou les infiltrations peuvent être exclusivement constitués par des cellules embryonnaires et n'en subir pas moins la série de transformations que l'on rencontre habituellement dans la tuberculose. Les différentes zones du nodule peuvent ne pas se présenter avec la disposition régulière du follicule. C'est ainsi que la cellule géante n'occupe pas toujours le centre du nodule. Les cellules épithélioïdes et embryonnaires peuvent être entremêlées. Pour couper court à toutes discussions, Schüppel (2) fait abstraction des zônes épithélioïdes et embryonnaires et déclare que la cellule géante est pathognomonique du tubercule. Cet auteur, avant de ressusciter ainsi une cellule spécifique aurait dû songer au peu de succès des tentatives antérieures de Lebert. Il aurait dû se souvenir que la cellule et le corpuscule spécifiques du cancer et du tubercule avaient fait leur temps, et que, plus les études histologiques progressaient, plus on arrivait à cette conclusion : que les mêmes éléments peuvent se rencontrer dans les produits pathologiques les plus variés.

Le règne de la cellule géante comme élément caractéristique du tubercule a d'ailleurs été de courte durée.

La cellule géante est signalée dans les produits pathologiques les

---

(1) Grancher. — Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales. (Article scrofule).

(2) Schuppel. Arch. der Heilkunde, 1872 — und Wagner's Arch. t. XIII

plus variés. Déjà Virchow (1) l'avait rencontrée dans diverses variétés de sarcome. Baugarten (2) les décrit dans des ulcères chroniques et dans des gommes syphilitiques. Kôster (3) les montre dans le chancre syphilitique. Brodowski (4) les découvre dans des tissus normaux en voie de développement. Enfin, dans des expériences très curieuses, différents auteurs, et particulièrement Ziegler (5), produisent à volonté des cellules géantes en introduisant des corps étrangers, des lamelles de verre par exemple, sous la peau d'animaux vivants.

D'un autre côté, le follicule tuberculeux ne saurait être regardé comme pathognomonique. M. Cornil s'exprime ainsi : « Le tissu de de bourgeon charnu avec cellules géantes n'a rien de caractéristique, pas plus que le follicule tuberculeux ; on les retrouve dans toutes les plaies anciennes, dans les gommes suppurées, dans le thrombus d'un vaisseau après ligature, dans toutes les inflammations chroniques du tissu cellulaire et aussi dans le sarcome (6) ».

De ce qui précède nous pouvons donc conclure légitimement que la seule présence, soit de cellules géantes, soit de follicules tuberculeux, dans un tissu pathologique n'est pas suffisante pour faire admettre l'existence du tubercule. Nous allons voir bientôt qu'à ces caractères, importants néanmoins, tirés uniquement de la structure,

---

(1) Loc. cit.

(2) Baugarten. Centralblatt, 1878.

(3) Kôster, Ueber locale tuberculose Centralblatt, 1877.

(4) Brodowski, Virchow's Arch. t. LXIII 1875.

(5) Ziegler, Expérimentale Untersuchungen ueber die Herkunft der tuberkelemente, mit besonderer Berucksichtigung der Histogenese der Riesenzellen Wurtzbourg 1875.

(6) Cornil.—Gazette hebdomadaire de Médecine et de Chirurgie, 17 décembre 1880.—p. 823.

doivent venir s'en ajouter d'autres empruntés à l'évolution du produit pathologique et de la marche du processus.

Antérieurement à l'application du microscope aux études anatomo-pathologiques, les auteurs faisaient le diagnostic de la tuberculisation dans différents organes, et l'histologie est venue après coup confirmer pleinement leurs observations. Nous n'en voulons d'autres preuves que ce qui se passe actuellement pour la tuberculose pulmonaire. Après de nombreuses discussions, on en revient à la conception primitive de Laennec. Or, cette conception est vraie non-seulement pour la tuberculose pulmonaire, mais encore pour toute tuberculose locale ou générale. Qu'il s'agisse de granulations ou d'infiltrations, la matière tuberculeuse subit toute une série de transformations caractéristiques; les amas de forme variable qui la constituent sont d'abord grisâtres demi transparents; bientôt leur centre prend une teinte jaunâtre (tubercule cru); la coloration jaunâtre s'étend peu à peu à l'amas tout entier. Dans une masse de matière tuberculeuse on trouve généralement des lésions étagées pour ainsi dire : sur un premier plan, celui qui se rapproche le plus des parties saines, on voit la matière grisâtre demi transparente. Sur un second plan de la matière tuberculeuse à l'état de crudité moitié grisâtre, moitié jaunâtre. Enfin, sur un troisième plan, le centre du produit pathologique est complètement jaunâtre, caséeux.

Cette série de lésions peut, dans certains organes, ne pas être facilement reconnaissable à l'œil nu. Mais alors le microscope permet de constater l'évolution du processus tuberculeux. Dans un organe envahi par la tuberculose, on aperçoit : A. — sur des coupes pratiquées au voisinage des parties saines, une prolifération d'éléments jeunes (cellules embryonnaires, cellules épithelioïdes), rassemblées sous forme de noyaux ou de traînées plus

ou moins larges ; B sur des coupes se rapprochant du centre de la masse tuberculeuse, les cellules des noyaux et des infiltrations commencent à subir la transformation granulo-graisseuse; C enfin sur des coupes passant par la partie centrale, tous les éléments cellulaires sont granulo-graisseux caséeux. La raison de la caséification, de la déchéance rapide et fatale des produits tuberculeux, résiderait pour M. Grancher (1) dans une qualité moléculaire spéciale des cellules. « Il existe, dit-il, une première phase dans laquelle chacune des cellules (de la zône caséeuse du tubercule) gonflée outre mesure, subit la dégénérescence vitreuse ou colloïde. Le protoplasma qui était granuleux et foncé, devient homogène et clair ; il est brillant et friable; le noyau de la cellule, volumineux au début, s'atrophie et disparaît au fur et à mesure que la dégénérescence du protoplasma s'étend jusqu'à lui. Un des points les plus importants de cette altération cellulaire est la soudure des cellules voisines. Les cellules énormément distendues s'accolent et se soudent pour former une masse compacte et cohérente, de sorte que les qualités physiques de la zône caséeuse du tubercule jeune, à savoir la sécheresse, l'éclat et la cohésion, s'expliquent admirablement quand on connaît l'altération si particulière des cellules. »

Dans une deuxième phase il se fait «une destruction moléculaire par infiltration granulo-graisseuse, par fragmentation et dessiccation», dégénérescence caséeuse proprement dite. Pour Virchow, la transformation caséeuse s'explique par le tassement, l'étouffement des éléments cellulaires. La prolifération active à la périphérie des nodules amène la nécrobiose des cellules centrales. Pour M. Cor-

(1) Loc cit.

nil (1), la dégénérescence caséeuse serait le résultat d'obstructions vasculaires et particulièrement d'endartérites végétantes. La plupart des auteurs (Thaon, Grancher, Charcot) se rangent à cet avis. Les endartérites sont si fréquentes dans les processus tuberculeux que M. H Martin (2) n'hésite pas à les considérer comme un caractère de premier ordre dans la tuberculisation.

Quoi qu'il en soit de ces explications, les lésions étagées dont j'ai parlé précédemment, lésions qui marquent les différents stades du processus, sont nécessaires pour que le diagnostic de tuberculose s'impose. Quant au caseum en lui-même il n'a rien de caractéristique. Il est l'aboutissant, le résidu d'affections très diverses : Des infarctus, suite de thrombose ou d'embolie, des tumeurs sarcomateuses au carcinomateuses, des hyperplasies de nature scrofuleuse peuvent subir la dégénérescence caséeuse. Quand donc un produit pathologique a subi dans toute son étendue cette dégénérescence, le diagnostic histologique de sa nature est absolument impossible.

Du rapide aperçu qui précède, je tire les conclusions suivantes :

1° Qu'il existe un certain nombre de caractères fondamentaux sur lesquels la plupart des auteurs sont d'accord et dont la réunion entraîne une certitude pour le diagnostic de la tuberculisation.

Ces caractères sont :

A *La disposition nodulaire des éléments, qu'elle se traduise par des granulations visibles à l'œil nu ou seulement reconnaissables au microscope*;

---

(1) Cornil et Ranvier. — Manuel d'histologie pathologique.

(2) Loc. cit.

B. *L'évolution du processus vers la caséification. Elle doit être d'autant plus accusée qu'on se rapproche davantage des parties centrales de la masse morbide. Elle doit procéder dans les nodules du centre vers la periphérie.*

C. *L'oblitération rapide des capillaires et les lésions d'endartérite au voisinage des produits pathologiques.*

2° Que d'autres caractères, tels que structure folliculeuse, existence de cellules géantes, n'ont qu'une importance secondaire et ne sauraient établir sans discussion l'existence de tubercules;

3° Que les infiltrations, même en voie de dégénérescence granulo-graisseuse, quand elles existent seules, peuvent être aussi bien rapportées à la scrofule qu'à la tuberculose; que leur nature ne pourra être tranchée que par la co-existence de nodules ou de granulations dans le même organe. Enfin, qu'il n'y aura que des présomptions sur cette nature, s'il existe des granulations tuberculeuses, soit dans le poumon, soit dans une autre partie de l'économie. M'appuyant sur ces conclusions bien établies, je puis aborder maintenant l'étude des tubercules de la mamelle.

CHAPITRE II.

—

Historique

Des masses tuberculeuses ont été signalées depuis longtemps dans la mamelle. Mais les faits rapportés, la plupart de date ancienne, empruntent aux connaissances incomplètes d'anatomie pathologique et d'histologie de l'époque, un caractère d'incertitude sur la nature véritable du produit pathologique observé : Je vais les passer en revue, les discuter de manière à n'admettre que ceux qui rentreront d'une manière à peu près certaine dans mon sujet.

Astley Cooper (1) dont les recherches patientes et l'observation exacte des faits ont commencé à répandre de la lumière dans la question si obscure alors des affections mammaires, décrit sommairement sous le nom de *tumeur scrophuleuse de la mamelle*, une affection à marche lente, caractérisée : *Cliniquement* par une ou plusieurs tumeurs indolentes, circonscrites, très lisses à leur surface, chez de jeunes femmes, présentant un engorgement des ganglions cervicaux; *à l'examen anatomo-pathologique*, par un tissu très-vasculaire dans

(1) Loc-cit.

certains points, privé de vaisseaux dans d'autres, constitué par de la fibrine libre ou coagulée, très inégalement organisée et présentant par places une coloration blanc jaunâtre, analogue à celle du pus concret. Ces quelques caractères sont insuffisants pour assigner un nom précis à ces tumeurs. Ils peuvent appartenir à des tumeurs très différentes, à des fibromes, à des adenomes, à des kystes hématiques ou laiteux ayant subi la dégénérescence caséeuse, moins probablement à des sarcomes dégénérés par place à cause de leur longue durée En tout cas, l'engorgement scrofuleux des ganglions du cou ne saurait à lui seul trancher la question.

Velpeau (1) consacre aux affections tuberculeuses du sein deux chapitres distincts : Dans l'un, il traite *des abcès tuberculeux*; dans l'autre, il décrit *les tubercules proprement dits*. Mais qu'entend-il par tubercule ? Pour tous les auteurs de son temps, le caseum suffit à caractériser le tubercule, que ce caseum soit à l'état concret demi-solide, soit sous forme de grumeaux suspendus dans un liquide séreux. « La mamelle, dit-il, peut être, quoique rarement, le siége d'abcès qu'on peut appeler tuberculeux, à cause de leur marche et surtout à cause des caractères matériels du pus qu'on y observe. » Il cite des observations se rapportant aux deux ordres d'affections tuberculeuses. Examinons-les succinctement.

Deux observations sont présentées comme exemples d'abcès froids tuberculeux : la première (pièces just., catégorie II, B.), a trait à une tumeur du volume du poing développée chez une femme de 40 ans d'une bonne santé. Elle datait de 18 mois et s'était montrée à la suite d'un coup de coude; bosselée, dure dans certains points, fluctuante dans d'autres, elle donna issue quand on l'ouvrit, à du pus moitié séreux moitié grumeleux. On ne saurait

(1) Maladies du sein. 1856. p. 163

avec aussi peu de détails savoir exactement ce qu'était la tumeur précédente, cependant la bonne constitution du sujet, son âge, l'absence d'engorgement ganglionnaire, l'existence d'un traumatisme à l'origine du mal, sont plutôt en faveur d'un hématome ramolli et dégénéré ou d'un phlegmon chronique simple que d'un abcès tuberculeux.

La seconde observation est plus intéressante au point de vue qui nous occupe; néanmoins nous allons voir que la nature tuberculeuse de l'abcès dont il estquestion est plus que discutable. Une jeune femme de 24 ans, nettement phthisique, éprouve de vives douleurs dans le sein droit, constate à ce moment l'existence de quelques bosselures qui ne tardent pas à grossir, à se réunir et à présenter au bout de quatre mois le volume d'une pomme. Plusieurs ouvertures se font spontanément ou sont pratiquées par le chirurgien. Elles donnent issue à du pus bien lié et abondant. Aucune tendance à la cicatrisation ne se montre pendant les mois suivants. Les fistules donnent journellement une assez grande quantité d'un pus séreux. Il n'y a jamais eu d'engorgement ganglionnaire dans l'aisselle.

Cet abcès qui, à l'ouverture présente du pus bien lié et abondant ne pourrait-il pas être tout simplement un abcès subaigu ordinaire? La malade a quelques indurations dans le sein survenues sans cause connue. Il n'est pas noté dans l'observation si elle a eu des enfants. A ces indurations succèdent des abcès qui à cause de la constitution détériorée de la malade suivent une marche lente, et, une fois ouverts, n'arrivent pas à la cicatrisation. Les caractères de la suppuration ne sont pas ceux d'un abcès tuberculeux, voire même d'un abcès scrofuleux. Il n'existe pas d'engorgement ganglionnaire axilaire, et ce fait a pour moi une importance assez considérable, comme je le dirai plus tard.

S'il n'est pas possible après discussion d'admettre la nature tuberculeuse des abcès précédents, voyons si les observations de tubercules proprement dits, de la mamelle, consignés dans le livre de Velpeau appartiennent en réalité à ces affections.

Velpeau divise les tumeurs lymphatiques froides ou tuberculeuses en trois chapitres :

1° *Tubercules disséminés*,

2° *Tumeurs lymphatiques multiples*,

3° *Tumeurs lymphatiques purulentes*

1° *Tubercules disséminés.* — Ce sont des tumeurs existant en nombre variable (de 8 à 12), du volume d'une noisette à une noix, disséminées dans la mamelle. Ces tumeurs sont ramollies à leur centre et remplies de matière caséeuse. « Dans un cas la maladie datait de quatre ans et avait été déterminée, au dire de la femme, par un coup de coude. Un des ganglions de l'aisselle, qui avait acquis le volume d'une grosse noix, était, lui-même, criblé de grumeaux tuberculeux ou caséeux, quoique les poumons parussent sains et qu'il n'y eut d'engorgement ganglionnaire nulle part ailleurs; la malade avait cependant toujours été d'une santé délicate et d'une constitution manifestement lymphatique. »

Cette description, toute laconique qu'elle soit, me paraît être en rapport avec une maladie nettement tuberculeuse de la mamelle. En effet, la dégénérescence caséeuse centrale des noyaux, la multiplicité des tumeurs, l'adénopathie similaire ne sont-ce pas là les signes les plus nets, les plus frappants de toute tuberculisation. Tout en faisant donc quelques réserves, puisque la présence des granulations n'est pas mentionnée, j'admettrai la réalité de l'existence des noyaux

tuberculeux disséminés et j'en ferai une forme particulière des tubercules de la mamelle.

2° *Tumeurs lymphatiques multiples*. (Pièces justificatives, catégorie III, C.) — La lecture des deux observations (1) qui se rapportent à cette catégorie de tumeurs, montre que Velpeau a bien reconnu leur structure lymphatique, mais qu'il s'est mépris complètement en les regardant comme tuberculeuses. Chez deux femmes, l'une âgée de trente et quelques années, l'autre de quarante à cinquante ans, se rencontrait un nombre considérable de tumeurs sur les côtés du cou, dans les aisselles, dans les aînes, etc.; elles étaient de volume variable et avaient les caractères des ganglions lymphatiques hypertrophiés et dégénérés. En même temps on trouvait des tumeurs semblables dans les seins. Ces tumeurs, enlevées après la mort et disséquées, ressemblaient à s'y méprendre à des ganglions lymphatiques infiltrés de petits points caséeux.

Les faits de ce genre sont aujourd'hui bien connus. Il s'agit là de deux exemples remarquables de lymphadémones ou de lymphosarcomes généralisés. La présence de points caséeux dans ces sortes de tumeurs est trop fréquente pour qu'il soit besoin de discuter leur nature.

3° *Tumeurs lymphatiques purulentes*. — Velpeau rapporte le cas d'une femme de 30 ans, qui portait dans un sein une tumeur de la grosseur d'un œuf de poule, bosselée, mobile, indolente, survenue sans cause appréciable. Cette tumeur se trouva composée d'une sorte de kyste, incomplètement cloisonné et de pelotons fixés les uns contre les autres, de couleur bleuâtre ou jaunâtre, friables. Plus tard cette malade succomba à la phthisie pulmonaire, et on trouva

(1) Velpeau. Maladie du sein, p. 285.

dans le même sein deux tumeurs semblables. Cette tumeur est difficile à déterminer et Velpeau ne l'a rangée parmi les tumeurs tuberculeuses qu'à cause de la coïncidence de la phthisie pulmonaire. Sa mobilité la rapprocherait des adénomes, tandis que sa structure et sa récidive pourraient la faire ranger parmi les cysto-sarcomes. La présence de kystes, la coloration jaunâtre par places, la caséification se rencontrent souvent dans ces deux variétés de tumeurs.

De l'analyse critique qui précède et que rendait nécessaire l'importance des travaux de Velpeau, il résulte que la plupart des faits rapportés par ce grand chirurgien à la tuberculose ne sauraient plus aujourd'hui être interprêtés de la même façon. Seule, sa première catégorie, *les tubercules disséminés* ou ce qui serait plus justement appelé *les noyaux tuberculeux disséminés*, doit être conservée. A cette variété de tuberculisation se rattache un fait intéressant relaté dans une observation de Johannet (1).

Une femme de 40 ans, bien portante jusque-là, éprouve des douleurs vives dans l'aisselle droite et constate la présence de plusieurs glandes sous le bras. A la même époque elle commence à tousser et a plusieurs hémoptysies. Un mois plus tard le sein droit se tuméfie progressivement sans douleur. Bientôt les ganglions de l'aisselle s'abcèdent et restent fistuleux. Au bout de sept mois, à partir du début, le sein a un volume considérable et est le siége de douleurs lancinantes. Elle entre à l'hôpital, on lui ouvre un abcès d'où s'écoule une quantité considérable de pus séreux. Un mois plus tard, elle succombe. A l'autopsie on trouve dans le poumon droit deux petites cavernes, de plus un tubercule sous-pleural qui avait perforé le troi-

---

(1). Johannet. — Tumeur tuberculeuse du sein avec tubercules pulmonaires (Revue médico-chirurgicale, t. XIII, page 301), pièce justificative, catégorie II, D.

sième espace intercostal et s'était infiltré dans le sein. La glande mammaire présentait encore çà et là dans son épaisseur cinq à six gros tubercules, dont les uns, presque entièrement ramollis, et les autres, encore à l'état de crudité.

Je désire mettre en relief dans cette observation, plusieurs points importants. D'une part, elle nous signale d'une manière précise l'envahissement des ganglions de l'aisselle avant que la malade ait eu conscience de l'existence d'une tumeur mammaire; d'autre part, elle nous montre des masses caséeuses isolées dans la mamelle à différentes périodes de développement, puisque les unes étaient à l'état crû, les autres ramollies. L'indépendance de quelques-unes de ces masses ne permet pas de les rattacher à l'extension du tubercule sous-pleural.

Nélaton (1), dans un court chapitre qu'il consacre aux tubercules de la mamelle, s'exprime ainsi : « J'ai vu en 1838 M. le professeur Gerdy extirper des tumeurs qui étaient franchement tuberculeuses sans aucune lésion concomitante. Les tubercules, au nombre de six, formaient un paquet qui, avant l'opération, soulevait la peau et proéminait sous forme de tumeurs mamelonnées. Ils étaient en tout semblables à ceux que l'on observe quelquefois dans le cerveau chez les enfants, et avaient comme ceux-ci la densité et la couleur jaune des châtaignes cuites. » Le manque de détails ne permet pas de discuter la nature de ces tumeurs. A. Bérard (2) rapporte deux observations (pièces justificatives, catégorie II, E), qu'il donne comme exemples de tubercules. Dans la première il est question d'une tumeur à la surface de laquelle se firent spontanément de petits ulcères.

---

(1). Nélaton. — Thèse d'agrégation, 1839

(2). A. Bérard. — Thèse pour le professorat — Diagnostic différentiel des tumeurs du sein, 1842.

A travers l'ulcération qui s'agrandit, sortit une masse compacte, solide, blanchâtre. La cicatrisation se fit sans accident. Bien que les renseignements manquent et que les tumeurs syphilitiques de la mamelle soient fort rares je croirais volontiers à cause des signes et de la marche de l'affection à une gomme du sein. La seconde n'est qu'une mammite suppurée, chronique, consécutive très probablement à une lésion des parois thoraciques, car il est dit dans l'observation que le sein était dur, renitent, très volumineux, irrégulièrement bosselé et *a hérent* à la poitrine.

Les travaux précédemment cités renferment à peu près tout ce qui a été fait d'intéressant sur la tuberculisation mammaire A partir de cette époque jusqu'à nos jours, les auteurs qui écrivent sur les maladies de la mamelle, ou bien résument les quelques pages que Velpeau y a consacrées, ou bien passent complètement sous silence le chapitre relatif aux tubercules de la mamelle. Les anciens dictionnaires, dictionnaire en 30 vol., Nélaton dans sa pathologie chirurgicale, Bauchet (1) dans sa thèse d'agrégation citent les trois variétés de tubercules de Velpeau. On n'en trouve dans Follin et Duplay aucune mention. Le nouveau dictionnaire de médecine et de chirurgie pratique, le dictionnaire encyclopédique des sciences médicales, MM. Labbé et Coyne dans leur monographie des tumeurs benignes du sein n'en parlent qu'incidemment ou sous une forme dubitative. Les thèses récentes (2) sur les abcès du sein ne posent même pas la question de l'existence possible d'abcès tuberculeux.

---

(1) Bauchet. Du tubercule au point de vue chirurgical, 1857.

(2) Bardy. Abcès chroniques du sein, th. Paris, 1876.

Gille. Abcès du sein, th. Paris, 1873.

Boriès. Des abcès parenchymateux du sein, th. Paris, 1858

Ce silence reconnaît différentes raisons. Les abcès chroniques du sein sont rares. Les occasions d'observations et d'examen histologiques ne se rencontrent que de loin en loin. D'autre part, les changements si fréquents survenus dans les doctrines médicales en ce qui concerne le tubercule, font aujourd'hui de ces questions une sorte de terrain mouvant sur lequel on ne s'aventure pas volontiers. Quelques auteurs ne voulant pas s'attarder à des discussions qu'ils regardent peut-être comme stériles, identifient purement et simplement les diathèses scrofuleuse et tuberculeuse. Mais les faits, la clinique, protestent absolument contre ces rapprochements forcés. Cette tendance a pour conséquence déplorable d'amener une confusion dans le langage, des plus préjudiciable à la clarté des descriptions. C'est ainsi que Bazin (1) décrit des tumeurs scrofuleuses des mamelles, caractérisées par des suppurations partielles, indolentes, dans le tissu mammaire. «Peu à peu, dit-il, il se forme à la surface de la tumeur des ulcères par lesquels s'échappe un pus mal lié, mêlé de flocons *tuberculeux*», et plus loin, «*la scrofule mammaire* est anatomiquement caractérisée par l'infiltration ou le dépôt en masses de *tubercules*. Dans le parenchyme de la glande, les conduits gactophores sont remplis de *matière tuberculeuse* et distendus par elle.» Pour cet auteur, produit scrofuleux, produit tuberculeux, sont synonymes. Qui peut dire, après cette description, quelle est la nature de l'affection dont il s'agit ? Il importe de faire cesser un tel abus qui mène à un chaos inextricable. Il faut pour cela ne tenir pour tuberculeuses que les affections qui en présentent les caractères fondamentaux, dut-on grossir un peu la part de la scrofule, jusqu'au moment où une étude plus approfondie, des con-

---

(1) Bazin. Leçons sur la scrofule, p. 410. 1861.

naissances plus certaines, permettront de se prononcer définitivement sur la parenté plus ou moins proche de quelques affections, avec l'une ou l'autre diathèse.

Je ne saurais donc accepter comme tuberculeux la plupart des abcès à marche chronique développés aux dépens d'indurations mammaires survenues tantôt sous l'influence du traumatisme, tantôt et plus souvent sans cause connue et guérissant après ouverture au bout de quelques mois. Ce ne sont que de simples abcès froids idiopathiques ou des abcès froids scrofuleux. Je les regarderai comme tels jusqu'à ce qu'on m'ait démontré l'existence dans leurs parois ou dans leur voisinage, de granulations à évolutions caséeuses du centre à la périphérie. Je rejette également du cadre de la tuberculose et pour les mêmes raisons toute masse caséeuse rencontrée au milieu de tissus sains ou dans une partie d'une tumeur (adenome fibrome carcinome).

Il ne me reste plus pour compléter les renseignements bibliographiques qui se rapportent à mon sujet, qu'à consigner le résultat de mes recherches dans la littérature étrangère.

Holmes (1) ne consacre que quelques mots aux abcès froids de la mamelle.

Coley (2) signale une variété particulière de tumeurs lymphatiques se développant dans la mamelle aux dépens des vaisseaux de même ordre. Je parlerai de ces tumeurs, différentes comme aspect et comme marche des tumeurs tuberculeuses, à propos du diagnostic.

Virchow (3) déclare qu'il ne connaît aucun exemple de tubercules du

---

(1) Holmes. A. System of Surgery, 1871.

(2) Coley. — On lymphatic tumour in the female Breast. In the Lancet 1848; t. I, p. 579, et Archives gén. de Méd., 1849, t. XIX, p. 92.

(3) Virchow. — Pathologie des tumeurs, t. III, p. 125.

sein. Billroth (3) dit que tous les auteurs s'accordent à reconnaître que la véritable tuberculose de la mamelle n'a pas encore été vue jusqu'ici. « Lorsque j'étais, dit-il, assistant de la clinique de Langenbeck, on y soigna pendant un certain temps une jeune fille blonde, bien nourrie, d'habitus extérieur nettement scrofuleux, dans la mamelle de laquelle se trouvaient plusieurs noyaux du volume d'une noisette à celui d'une noix, contenant un pus jaune caséeux. L'affection fut décrite comme une tuberculose de la mamelle et guérie par incision des différents foyers, et cautérisation de ceux-ci au moyen du nitrate d'argent. D'après ce qui précède, je désignerai cette affection sous le nom de *mammite caséifiante chronique lobulaire*, sans pouvoir préciser si elle était scrofuleuse ou syphilitique congénitale. L'on ne connaît pas, que je sache, d'examen anatomique de cas pareils. » On ne peut que s'associer aux conclusions de ce savant professeur.

Billroth rapporte un second fait beaucoup plus probant, bien que nombre de détails importants manquent. Il s'agit d'une femme de 26 ans, qui mourut à l'hôpital, des suites d'une phthisie pulmonaire. A l'autopsie, on constata des lésions tuberculeuses des deux lobes supérieurs des poumons, des ulcères de même nature du gros intestin. De plus, en examinant les mamelles, on s'aperçut que la droite était plus grosse que la gauche sans présenter cependant un grand volume. En la palpant, on la trouva un peu noueuse; à la coupe on y rencontra des foyers caséeux de toute grosseur Les plus petits avaient le volume de grains de mil. Les uns étaient friables, les autres ramollis à leur centre. Malheureusement un examen histologique suffisant n'a pu être fait parce que les coupes

(3) Billroth et Luecke. Deutsché Chirurgie, lieferung 41, 1880. (Voir pièce justificative catég. II, G), traduction.

n'étaient pas assez nettes. Il est très regrettable que cette observation ne soit pas plus complète. L'examen des plus petits foyers caséeux et du tissu mammaire voisin aurait probablement permis de déterminer la nature exacte de l'affection. Telle qu'elle est, elle ne donne que de fortes présomptions en faveur de la tuberculose, mais pas une certitude.

L'affection tuberculeuse de la mamelle n'a pas été, on le voit, décrite avec plus de précision à l'étranger qu'en France. Les examens anatomo-pathologiques n'y ont été ni plus fréquents ni pratiqués avec plus de soin. De tout ce qui précède il ne reste, après une sévère analyse, que les *noyaux tuberculeux disséminés ou tumeurs fibro-tuberculeuses de Velpeau.*

En terminant, je dois encore signaler une observation qui se trouve consignée dans la thèse d'agrégation de M. Horteloup (1) et qui a trait à une prétendue tumeur tuberculeuse observée au niveau du sein chez l'homme.

Avec M. Horteloup, je la signale tout en faisant les plus expresses réserves sur sa nature.

Un homme de 37 ans présentant des cavernes au sommet du poumon gauche et n'ayant pas eu la syphilis, est atteint au mois de juin 1871, d'un engorgement de l'épididyme qui ne s'est pas abcédé, a diminué peu à peu, sans toutefois revenir à son volume primitif. Au mois de décembre de la même année le sein gauche devient le siége, au niveau de l'aréole et du mamelon, d'une tumeur parfaitement circulaire de la largeur d'une pièce de 5 francs et d'une épaisseur d'un centimètre. Cette tumeur est douloureuse à la palpation. Trois mois plus tard, il n'en reste plus que quelques traces.

---

(1) Horteloup. Thèse agrég. 1872, Tumeurs du sein chez l'homme, pièce just., categ. II, 11.

DEUXIÈME PARTIE

CHAPITRE I.

Anatomie pathologique et histologie.

L'exposé anatomo-pathologique et histologique de mon sujet fait suite tout naturellement à la première partie de cette thèse. C'est donc par ce chapitre que je vais aborder l'histoire des tubercules de la mamelle. La partie clinique, le diagnostic, le pronostic, l'étiologie et le traitement seront traités ensuite dans autant de chapitres particuliers.

Les descriptions histologiques sont toujours assez arides. Pour rendre plus compréhensibles et partant moins fatigants, les détails dans lesquels je suis obligé d'entrer, j'ai besoin de dire quelques mots de la structure normale de la mamelle et d'insister sur certains points qui ne sont pas assez développés ou ne se trouvent pas suffisamment mis en relief dans les auteurs classiques.

Anatomie normale

On trouve dans la mamelle un certain nombre (de 10 à 12) de systèmes glandulaires juxtaposés mais complétement indépendants

les uns des autres, qui se terminent tous par un canal excréteur unique aboutissant au sommet du mamelon. Chacun de ces systèmes glandulaires entourés de tissu conjontif qui leur sert de gangue, de charpente, constitue un lobe de la mamelle. Tous ces lobes sont unis les uns aux autres par du tissu connectif qui leur laisse une certaine mobilité, en sorte que par la palpation on peut les reconnaître, ils sont enveloppés dans leur ensemble par une capsule fibreuse.

Prenons un des lobes de la mamelle. Il se subdivise en lobules. Un lobule est formé par un nombre variable de grains glandulaires ou acini et par le petit conduit excréteur auquel ils aboutissent. Les petits conduits excréteurs des lobules se réunissent par groupes ; il en résulte un conduit un peu plus volumineux, qui peut encore se joindre à des conduits voisins de même ordre, mais qui le plus souvent va se jeter directement dans le canal excréteur terminal. Chaque lobule présente une coque de tissu conjonctif dont les fibres sont disposées régulièrement d'une manière concentrique aux acini et aux petits conduits excréteurs auxquels les culs de sac glandulaires sont appendus. Sur les limites de cette coque, les fibres du tissu conjonctif ont des directions variables, s'entrecroisent ou suivent une marche flexueuse et parallèle, mais il en existe toujours un certain nombre qui sont tangentes aux fibres concentriques et qui établissent ainsi une ligne de démarcation assez nette entre une *région ou département lobulaire* (élément glandulaire et coque conjonctive) *et les espaces conjonctifs interlobulaires*.

Sur des coupes examinées au microscope, on trouve dans chaque région lobulaire :

A. Au centre, la section d'un ou plusieurs acini ou bien la section d'un petit conduit excréteur. Leur structure est la même, leur paroi est formée par une couche de cellules très régulières, de forme cubique contenant un noyau assez volumineux et granuleux, et par une

membrane anhyste, membrane limitante, dont certains auteurs ont voulu faire une dépendance du tissu connectif voisin, tandis que d'autres l'ont rapproché du tissu élastique.—Sur une mamelle adulte, en dehors de l'état de lactation, le diamètre de ces sections est de 12 à 15 centièmes de millimètres.

B. En dehors de la membrane limitante jusqu'à la périphérie du département lobulaire, on aperçoit la coque conjonctive constituée par des fibres concentriques. MM. Labbé et Coyne (1) y distinguent deux zones, « l'une claire, très mince, immédiatement située en dehors de la membrane limitante, dans laquelle les éléments figurés sont rares ou tout au moins peu apparents ; l'autre, formée d'un tissu dont les cellules sont plus nombreuses et concentriquement disposées à l'élément glandulaire ».

Les coupes de lobules ont tantôt une forme régulièrement arrondie, tantôt, et plus souvent, une forme ovalaire. — Quels sont les rapports des vaisseaux avec le lobule? On rencontre des capillaires sanguins dans la coque conjonctive lobulaire et particulièrement dans la partie la plus excentrique de cette coque. Ce sont ces capillaires qui se développent dans une proportion extraordinaire au moment de la lactation, qui arrivent au contact de la membrane limitante et l'enserrent dans un réseau d'une incomparable richesse. L'existence de lymphatiques admise par M. Sappey, niée par Kölliker, a été mise hors de doute par M. Coyne Cet auteur décrit de nombreuses lacunes lymphatiques dans la zône externe de la coque conjonctive du lobule. Elles se présentent sur des coupes sous la forme de fentes irrégulières tapissées d'une couche d'endothelium qui repose sur un réseau élastique à fibres très minces et très-délicates.

---

(1) Labbé et Coyne. — Tumeurs bénignes du sein, 1876.

Les départements lobulaires d'un même lobe sont réunis par du tissu conjonctif interlobulaire dans lequel cheminent des vaisseaux sanguins et lymphatiques, des canaux galactophores et quelques minces filets nerveux qu'on n'a pas pu suivre au-delà (Kölliker). Les conduits galactophores à partir des lobules jusqu'à leur terminaison au mamelon ont une paroi formée par plusieurs couches de tissu conjonctif fibreux au milieu desquelles se rencontreraient suivant quelques auteurs des fibres musculaires lisses. Cette paroi est tapissée par un épithelium cylindrique.

Les lobes de la mamelle sont unis par de gros faisceaux fibreux dans lesquels cheminent les troncs vasculaires et nerveux. On rencontre assez souvent dans les espaces interlobaires une certaine quantité de tissu graisseux.

Lésions visibles à l'œil nu.

Il existe dans la mamelle deux variétés d'altérations tuberculeuses. Celles-ci se présentent en effet sous forme *A. de noyaux tuberculeux isolés, disséminés* — *B. de noyaux tuberculeux adjacents confluents.*

A. Noyaux tuberculeux isolés, disséminés. Cette forme a été observée par Velpeau, Johannet et plus récemment par Billroth.

La mamelle n'est augmentée de volume que dans de faibles proportions. On ne rencontre au niveau du sein aucune trace d'orifices fistuleux. En pratiquant des coupes dans différentes directions, on trouve en nombre variable dans le tissu glandulaire des noyaux parfaitement distincts, isolés les uns des autres par une couche plus ou moins épaisse de tissu sain. Leur volume atteint parfois la grosseur d'une amande ; d'autres fois il ne dépasse pas celui

d'un grain de mil. Leur coloration est tantôt jaunâtre (couleur châtaigne cuite) tantôt jaune grisâtre. Le centre jaunâtre, d'un certain nombre d'entre eux est entouré par une zône gris-bleuâtre, d'apparence translucide. Le tissu de la mamelle qui les entoure a gardé sa consistance et sa coloration normale. Tout au plus ce tissu a-t-il un peu plus de consistance, de fermeté dans une petite étendue autour des noyaux.

Lorsqu'on saisit les noyaux entre les doigts, on s'assure qu'ils ont une consistance ferme, une certaine résistance. — Toutefois, on arrive sans difficulté à les écraser. — Ils sont friables. — Quelques uns peuvent être légèrement ramollis à leur centre, mais en général, on n'y rencontre pas cette bouillie fluide que nous verrons accolée aux parois des cavités de la seconde variété.

En résumé dépôts de matière tuberculeuse dans le parenchyme mammaire, subissant lentement la dégénérescence caséeuse du centre à la périphérie, tolérés par le tissu glandulaire qui, irrité dans une petite étendue seulement, devient fibreux, enkyste le noyau et semble former une sorte de barrière à l'envahissement des tubercules. — Tels sont les caractères anatomiques essentiels de cette première forme.

Que peuvent devenir ces noyaux ? On ne saurait avoir à ce sujet que des présomptions. Il est possible qu'ils restent stationnaires, qu'ils se ramollissent et se résorbent en partie ou en totalité, aboutissant ainsi à une cicatrice froncée. Bauchet (1) se demande s'ils ne pourraient pas subir la transformation crétacée et donner lieu à la production d'ostéoïdes (?)

B *Noyaux tuberculeux adjacents confluents.* — Cette forme a été

---

(1) Bauchet, loc. cit., p. 89.

rencontrée dans les observations I et II. Dans l'observation de Johannet, les lésions sont complexes et les deux formes paraissent coïncider.

Le sein est doublé de volume. Le gonflement n'est pas réparti également sur tous les points. Une moitié du sein (moitié externe dans les observations I, II) proémine beaucoup plus que l'autre. Au niveau des parties les plus saillantes se voient un ou plusieurs orifices fistuleux. Lorsqu'on saisit la glande entre les doigts, on sent une induration en masse non mobile assez étendue et présentant à sa surface de légères saillies et dépressions, des sortes de bosselures dont les bases larges se confondraient les unes avec les autres.. Dans les parties moins tuméfiées on peut reconnaître la présence de quelques petits noyaux peu mobiles.

Sur des coupes, la portion la plus volumineuse est occupée à son centre par des cavités irrégulières arrondies, aplaties, à prolongements déverticulaires multiples. Quelques-unes de ces cavités adjacentes pourraient être regardées au premier abord comme indépendantes. Mais un examen attentif démontre qu'elles sont unies les unes aux autres par de fins trajets sinueux. La paroi de ces cavités et de ces trajets n'est pas lisse. Elle est anfractueuse présente comme des petites dépressions en godets, limitées par des saillies par des travées du parenchyme qui dans quelques endroits lui donne une apparence aréolaire. Les cavités centrales communiquent avec l'extérieur par un ou plusieurs trajets fistuleux.

Sur la face interne des cavités et des conduits fistuleux on rencontre une espèce de membrane molle, tomenteuse, d'aspect grisâtre ou gris jaunâtre sur quelques points. Des franges ou villosités grisâtres extrêmement fines et friables se dirigent vers le centre de la cavité

et retiennent accolées à la paroi une sorte de bouillie constituée par des grumeaux jaunâtres.

Cette membrane a une épaisseur variable de un à un millimètre et demi, suivant les points. Sur une coupe de la paroi d'une cavité, on voit à la loupe que sa surface externe n'est pas lisse, mais bien légèrement frangée. Elle semble envoyer des prolongements dans les tissus sous-jacents.

En dehors d'elle, le tissu de la mamelle est induré dans une très-notable étendue (2, 3 centimètres). Il a une couleur blanchâtre, un aspect fibreux. En l'examinant à l'œil nu et à la loupe, on aperçoit des groupes de petits nodules, gros chacun comme une tête d'épingle, faisant peu de saillie à la surface, mais ayant une coloration grise et une demi-transparence très nette. Quelques-uns sont opaques à leur centre. Ces petits groupes nodulaires sont assez nombreux dans les parois de la cavité centrale, mais on en rencontre encore un grand nombre au-delà des tissus indurés, dans les parties en apparence saines. On peut en voir tout un îlot sur la coupe que représente la planche I. Au niveau de ces îlots, le tissu mammaire est plus dur et plus rouge que dans le voisinage.

En résumé, cavité assez large creusée dans le parenchyme mammaire, fortement tuméfié, induré et largement bosselé, à surface interne molle, grisâtre, tomenteuse, à parois dures, comme fibreuses, mais présentant des groupes de taches ou nodules gris demi-transparents. Telle est la caractéristique de la seconde forme.

Qu'il s'agisse de l'une ou l'autre variété, on trouve dans presque tous les cas un ou plusieurs ganglions lympathiques de l'aisselle gonflé, induré et donnant issue à du pus grumeleux. Les tubercules peuvent exister dans les deux mamelles (Velpeau), mais ordinairement ils n'occupent qu'un de ces organes.

D'autres altérations tuberculeuses peuvent se rencontrer concomitamment dans les divers appareils de l'économie. L'existence de tubercules pulmonaires, de tubercules de l'intestin, de tuberculose sous pleurale est notée soit dans les autopsies, soit dans l'examen clinique des malades.

EXAMEN MICROSCOPIQUE.

L'étude des lésions histologiques que je vais présenter portera uniquement sur la deuxième forme ou *forme confluente* des tubercules de la mamelle. Il ne m'a pas été donné d'observer la première forme et il n'existe aucun examen microscopique probant de tubercules disséminés. L'observation rapportée par Billroth ne saurait compter dans l'espèce, vu l'insuffisance de détails précis.

Nous allons parcourir successivement les lésions du tissu conjonctif interlobaire et interlobulaire, les lésions lobulaires, celles des vaisseaux et des nerfs et nous terminerons par un aperçu sur la marche du processus tuberculeux dans la mamelle.

§ *I. — Lésions du tissu interlobaire et interlobulaire.*

On rencontre dans le tissu conjonctif interlobulaire des granulations, des infiltrations et des lésions irritatives à des degrés de développement, de dégénérescence vitreuse et caséeuse variables suivant les points observés.

Les granulations ont pour la plupart un volume qui varie de 100 à 200 millièmes de millimètre. Elles sont par conséquent sur les limites de la vision à l'œil nu et il serait facile de les découvrir à

la loupe. Leur forme est arrondie. Elles siègent dans le tissu conjonctif où on peut les apercevoir très nettement à un faible grossissement. Sur des coupes pratiquées à deux ou trois centimètres des cavités centrales, elles se montrent tantôt tout-à-fait indépendantes, tantôt comme appendues à la paroi des capillaires, tantôt enfin entourant les conduits galactophores de second et de troisième ordre Elles sont formées presque toutes par des amas de cellules embryonnaires jeunes sans noyaux; quelques-unes d'entre elles cependant présentent à leur centre des cellules épithélioïdes munies de noyaux et plus volumineuses que les cellules embryonnaires de la périphérie. Ces dernières constituent un follicule tuberculeux incomplet; car il n'existe pas de cellules géantes au centre. Les éléments embryonnaires sont plus serrés, plus tassés au centre qu'à la périphérie.

Ces granulations, d'abord rosées, dont les éléments sont bien colorés par le carmin, subissent des transformations très-remarquables à mesure qu'on se rapproche des trajets fistuleux. Leur centre prend une teinte grisâtre et en même temps un aspect brillant. Cette teinte s'étend bientôt à la totalité du nodule et il est difficile de les distinguer alors des parties voisines, lorsqu'on se trouve tout-à-fait au voisinage de la paroi des cavités centrales. A un grossissement de 300 D., on peut suivre les changements qui se produisent dans l'état moléculaire des cellules en rapport avec ces variations de teintes. On y constate une dégénérescence granuleuse rapide des cellules embryonnaires et épithélioïdes qui s'avance, en général, du centre à la périphérie. Dans quelques noyaux granuleux, la circonscription des cellules dégénérées n'est pas centrale, mais irrégulièrement dessinée. Dans les points dégénérés, les éléments paraissent un peu plus volumineux, fortement pressés. Les parois cellulaires sont intimement accolées les unes aux autres. Il y a une tendance très-marquée à la

fusion des cellules. On ne rencontre çà et là que quelques granulations graisseuses, très-réfringeantes. A côté des noyaux embryonnaires, arrondis, se voient des traînées, des infiltrations cellulaires sans forme bien déterminée qui, d'abord isolées au sein du tissu conjonctif peu altéré, se confondent de plus en plus avec les éléments voisins, lorsqu'on se rapproche des parois fistuleuses. Tantôt uniquement formées de cellules embryonnaires, tantôt constituées par une association intime et sans ordre de cellules embryonnaires et de cellules épithélioïdes, ces infiltrations subissent irrégulièrement les mêmes phases de la dégénérescence vitreuse que les granulations précédentes.

Le tissu conjonctif interlobaire et interlobulaire est parfaitement sain dans un certain nombre de points, particulièrement à la périphérie de l'organe. Il n'en est pas de même dans les parties indurées avoisinant les trajets fistuleux. L'apparition de granulations et d'infiltrations tuberculeuses dans son épaisseur ne le laisse pas indifférent. Les cellules endothéliales commencent à apparaître et à se développer. Dans certains points, elles se groupent au nombre de trois ou quatre entre les faisceaux de fibres. Quelques-unes ont déjà deux, trois noyaux, indice d'une segmentation prochaine. Dans d'autres points elles s'allongent, deviennent fusiformes et ressemblent à des corps fibro-plastiques. Cette prolifération d'abord discrète autour des granulations devient de plus en plus abondante. Bientôt les cellules arrivent à former un semis de points rouges visibles à un grossissement de 80 à 100 diamètres. A mesure qu'elles deviennent plus nombreuses elles enserrent les infiltrations et les granulations qui sont encore nettement délimitées parce que leurs éléments sont plus pressés les uns contre les autres. Peu à peu elles deviennent granuleuses, grisâtres vitreuses et forment d'immenses amas, qui vont

constituer pour la majeure partie la membrane tomenteuse qui tapisse les cavités. Sur certaines coupes comprenant la partie interne de la paroi cavitaire, on ne trouve que des cellules de toutes formes et de toutes grosseurs, complètement granuleuses ou graisseuses et des blocs granuleux volumineux, résultat de la fusion par coalescence d'un nombre variable de cellules.

§ 2. — *Lésions lobulaires*

Le lobule glandulaire est formé, nous le savons, par un ou plusieurs acini appendus à un conduit galactophore primitif, le tout entouré par une coque conjonctive à fibres disposées concentriquement à l'élément glandulaire. Les altérations de ces lobules sont si nombreuses, qu'elles constituent une des lésions les plus importantes dans l'histoire des tubercules de la mamelle. Commençons pour bien les étudier, par examiner des coupes prises à distance des trajets fistuleux. Le tissu conjonctif interlobulaire est là, presque sain, à peine enflammé. On distingue facilement la coupe des lobules. Au centre on voit la section de plusieurs acini, avec leurs cellules cubiques très nettement disposées, plus en dehors la membrane limitante hyaline, puis les fibres conjonctives concentriques. Dans la plupart des lobules de cette zône, la coque fibreuse est totalement infiltrée de cellules embryonnaires, qui s'arrêtent en dedans à la membrane hyaline, en dehors aux fibres conjonctives, dont la direction est tangente aux fibres concentriques. Sur des coupes moins éloignées que les précédentes des cavités, nous trouvons les mêmes lésions de la coque fibreuse lobulaire; mais déjà les cellules embryonnaires sont beaucoup plus nombreuses; elles semblent disposées en séries concentriques autour de l'élément glandulaire. Sur un certain

nombre de préparations, la membrane limitante n'est plus respectée : les éléments embryonnaires font irruption dans l'intérieur des acini (voir planche III, fig. 6 et 7). En d'autres points, sans que la zône hyaline de l'acinus soit entamée, les cellules épithéliales ont proliféré. Elles forment des couches successives qui s'avancent vers le centre du conduit. Elles sont devenues embryonnaires pour la plupart, indifférentes.

Les rapports des éléments embryonnaires avec les acini ou les conduits primitifs, sont d'ailleurs des plus variables. Ici les amas embryonnaires sont simplement contigus aux culs de sac; là ils les ont détruits dans la moitié, les trois quarts de leur circonférence. En d'autres points ils ont coupé un conduit par le milieu. L'élément glandulaire des lobules, sous l'influence de la prolifération embryonnaire de voisinage, s'est développé dans des proportions considérables. Le diamètre des acini est doublé; c'est d'ailleurs un fait constant dans la mamelle, que l'accroissement rapide des grains glandulaires sous l'influence de l'inflammation. Jusqu'ici les îlots embryonnaires lobulaires sont bien colorés par le picrocarmin. La disposition par couches statifiées parallèles des cellules embryonnaires entre les fib es concentriques du lobule est très apparente. En nous rapprochant des cavités, nous allons voir la coloration se modifier, la disposition stratifiée s'affaiblir, puis disparaître en même temps que nous aurons à noter des transformations remarquables des éléments glandulaires.

Sur des coupes voisines des trajets fistuleux (prises à 1 centimètre, 1 centimètre 1[2 des cavités), on aperçoit à un grossissement de 60 à 80 D. des espaces de forme arrondie ou ovalaire remplis de granulations en partie rosées, en partie grisâtres pour les uns, complètement grisâtres vitreux pour les autres. Dans ces espaces, sur le

fond granuleux, se détachent des éléments plus volumineux (pl. II, fig. 2 B.), arrondis, ovales, triangulaires. Quelques-uns ont la coloration rouge intense spéciale à la couche épithéliale des glandes. Les autres présentent une coloration orangée En comparant ces espaces granuleux aux coupes de lobules que nous avons décrites précédemment, on reconnaît sans peine qu'ils n'en diffèrent que par l'absence de dispositions concentriques des fibres conjonctives. Les gros éléments rouges et orangés occupent la place des acini et des conduits lobulaires primitifs. A un grossissement de 250 à 300 D, les espaces granuleux sont représentés par des cellules épithélioïdes et embryonnaires ayant subi plus ou moins la dégénérescence vitreuse. Les gros éléments rouges sont des portions de paroi de culs de sac ou de conduits caractérisés par la présence de cellules épithéliales et par des portions assez bien conservées de la membrane limitante. Les éléments orangés doivent nous arrêter un instant. Les uns sont de véritables cellules géantes (pl. III, fig. 8 et 9) telles qu'elles ont été décrites par les auteurs. Leur forme est variable. arrondie, ovalaire, triangulaire. Elles sont formées par un protoplasma granuleux de couleur orangée d'aspect brillant, et montrent à leur périphérie une couronne tantôt complète tantôt incomplète de beaux noyaux rouges.

Leur circonférence est tantôt marquée par une simple ligne noirâtre, tantôt par un espace clair assez large, tout à fait analogue à la membrame limitante des acini (Pl. III fig.9). Sur un grand nombre, cette membrane limitante n'est conservée qu'en partie ; elle existe sur la moitié, le tiers de la circonférence, ou bien on la rencontre sous forme de fragments isolés au pourtour de la cellule. Après cet examen, il n'est pas douteux pour l'observateur que ces grands éléments cellulaires à noyaux ne sont que des pseudo-cellules formées

aux dépens des acini de la glande. Mais cette interprétation devient bien plus évidente et tout à fait certaine en examinant attentivement le protoplasma de ces cellules. En effet, dans quelques unes d'entre elles (Pl. III fig. 8, C.) on aperçoit en dedans de la couronne des noyaux quelques cellules, épithéliales encore parfaitement reconnaissables. — Siége des cellules géantes au centre du lobule dégénéré, conservation plus ou moins complète de la membrame hyaline, présence de cellules épithéliales au milieu du protoplasma, tels sont les faits dont la constation nous permet de tirer les conclusions suivantes : 1° Pas plus dans la mamelle que dans beaucoup d'autres organes, les cellules géantes que l'on rencontre dans les produits tuberculeux, ne sont des éléments de nouvelle formation. — 2 Dans la mamelle, les cellules géantes peuvent être, soit des parois d'acini dégénérés, soit des sections de culs de sac glandulaires ou de conduits primitifs dont la lumière est remplie de cellules embryonnaires dégénérées, tandis que la paroi conservant encore une certaine vitalité est représentée par une couronne plus ou moins complète de noyaux — 3° La cellule géante n'a rien ici de spécifique.

Tel est le résultat du travail spécial de destruction cellulaire qui est propre à la tuberculose. Là ne s'arrêtent pas les altérations lobulaires. Dans certaines parties de la paroi des cavités, tout-à-fait au voisinage de la membrane tomenteuse ou bien empiétant sur elle, on trouve des portions plus ou moins étendues de départements glandulaires complètement gris-jaunâtres, caséeux, au centre desquels les cellules géantes, moins distinctes, peuvent encore être aperçues (pl II, fig. 1). Mais, dans ces points, les éléments gigantesques n'ont plus que de rares noyaux grisâtres; quelques-uns même n'en présentent plus trace. Ce sont des blocs granuleux qui

doivent leur existence prolongée à la cohésion spéciale qui retient unis les uns aux autres les éléments tuberculeux, mais qui n'en sont pas moins destinés à se morceler et à aller former avec les autres parties constituantes de la membrane tomenteuse les détritus d'abord accolés à la paroi des cavités, puis libres et en suspension dans le liquide séreux, qui sera éliminé par les fistules.

§ 3. — *Altérations des vaisseaux et des nerfs.*

Vaisseaux sanguins. — A. Capillaires. — Ils ne s'aperçoivent bien que dans les parties peu altérées. On les reconnaît dans la zône externe de la coque fibreuse des lobules, à la disposition en petite couronne des cellules embryonnaires qui forment leurs parois et à la présence d'hématies dans leur intérieur. Dès que la prolifération embryonnaire a envahi tout le lobule, on ne les aperçoit que très-difficilement; et dans les départements glandulaires en dégénérescence vitreuse et caséeuse, il n'en existe plus de trace.

L'oblitération et la disparition rapide des vaisseaux capillaires, est spéciale aux produits tuberculeux. Les gommes syphilitiques qui se rapprochent des tubercules par un grand nombre de caractères, présentent jusqu'à une période très avancée, des vaisseaux parfaitement perméables (1). Sur certains points de la membrane tomenteuse des cavités, on aperçoit des traînées de globules rouges et de leucocytes formant des dessins irréguliers à un faible grosissement. Ce sont des capillaires oblitérés. Des granulations tuberculeuses, des infiltrations embryonnaires s'observent loin des trajets fistuleux, au

(1) Cornil et Ranvier. Manuel d'histologie pathologique.

voisinage de capillaires coupés longitudinalement et oblitérés. J'ai fait dessiner (pl. III, fig. 2), plusieurs capillaires dont les parois sont longées par des rangées de leucocytes et dont le contenu est formé par les mêmes globules blancs. En suivant les traînées de leucocytes extérieurs aux capillaires, j'ai rencontré une granulation tuberculeuse. S'agit-il là d'une granulation embryonnaire formée par les cellules lympathiques sorties des vaisseaux; je n'oserai l'affirmer, parce que dans l'examen de nombreuses coupes, je n'ai plus rencontré cette disposition.

B. Artères et Veines. — Ces deux ordres de vaisseaux présentent des lésions analogues de leur tunique moyenne et adventice. Ce sont des altérations inflammatoires caractérisées par une infiltration embryonnaire plus ou moins abondante. D'une manière générale, la tunique moyenne des artères est moins altérée que celle des veines.

Je désire surtout appeler l'attention sur les lésions de la tunique interne. Elles se rencontrent également dans les artères et dans les veines; mais elles sont beaucoup plus développées dans le premier ordre de vaisseaux. Ce sont les artères de moyen calibre qui les présentent au maximum de développement. (Pl. III, fig. 3, 4, 5).

Elles sont caractérisées par une prolifération anormale, une sorte d'exubérance de la couche endothéliale. Au lieu d'une couche de cellules. on en voit de 2 à 6 qui s'avancent vers le centre du vaisseau. Ces cellules s'emboîtent les unes dans les autres et forment une sorte de trame dont la circonférence externe repose sur la membrane limitante interne de la tunique moyenne, tandis que la circonférence interne retient des globules blancs arrêtés par ses inégalités. Les cellules sont assez volumineuses et présentent un beau noyau qui se colore vivement en rouge par le picro-carmin. Cette endartérite végétante existe dans presque tous les vaisseaux de la mamelle. On

peut la rapprocher à certains points de vue des endartérites, décrites par M. Thaon et plus récemment par M. Cornil dans les artérióles des méninges (1).

B. *Vaisseaux lymphatiques.* — Je n'ai pas pu apercevoir d'une manière bien nette les fentes lymphatiques décrites par M. Coyne dans la zône interne des lobules. L'infiltration embryonnaire, qui débute, comme nous l'avons vu, dans toute l'épaisseur de la coque fibreuse, masquait trop rapidement les détails anatomiques.

Il n'est pas douteux que ces lacunes et les vaisseaux qui leur font suite ne soient rapidement altérées ; et ces lésions précoces me serviront à expliquer plus loin l'engorgement ganglionnaire similaire de l'aisselle, qui est déjà noté au début de l'affection, par Velpeau.

C. *Lésions des nerfs.* — Je dois signaler ici quelques lésions nerveuses qui nous expliquent les douleurs vives éprouvées par certaines malades. La coupe de quelques filets nerveux montre des sortes de bosselures du névrilème, qui correspondent à de petits noyaux de cellules embryonnaires situés au milieu des tubes nerveux. Sur quelques préparations, on voit les tubes nerveux au pourtour du noyau embryonnaire pressés, aplatis les uns contre les autres.

§ 4. — *Marche du processus tuberculeux dans la mamelle.*

La tuberculisation de la mamelle se présente au début, d'une part sous forme de granulations et d'infiltrations dans le tissu fibreux in-

(1) Cornil. Lésion des vaisseaux dans la méningite tuberculeuse. Journal de l'anatomie et de la physiologie Mai-Juin, 1880.

terlobulaire, et d'autre part, sous forme d'amas granuleux dans la coque fibreuse du lobule. Cette poussée embryonnaire est mal tolérée par le tissu conjonctif, qui s'irrite et dont les éléments commencent à proliférer. Déjà, les capillaires voisins des amas granuleux sont oblitérés et les lacunes lymphatiques des lobules plongées en plein tissu morbide sont le point de départ d'engorgements ganglionnaires de l'aisselle. Cette adénite particulière présente en général une marche plus rapide que la lésion mammaire qui en a été le point de départ. Elle arrive à suppuration et à partir de ce moment une fistule persiste.

Dans une seconde période, et toujours lentement, les granulations, les infiltrations et les amas lobulaires embryonnaires subissent toutes les phases de la dégénérescence vitreuse. Ce sont ces petits amas vitreux qu'on aperçoit en C et en D sur la coupe de la mamelle que représente la planche I. A cette période, la prolifération conjonctive est à son maximum. Des cellules nombreuses infiltrent le tissu interlobulaire et interlobaire. Pendant que ces phénomènes se passent du côté des premiers produits formés, se développe en dehors d'eux une zône qui présente les lésions du début de la tuberculisation.

Dans une troisième période, l'état vitreux fait place à l'état caséeux avec destruction plus ou moins complète des organes glandulaires. Enfin, dans une quatrième période, toutes les parties en dégénérescence, vitreuse et caséeuse, se ramollissent et forment une collection qui ira sans cesse en s'agrandissant et qui finira par s'ouvrir au dehors. Il y a là des phénomènes successifs qui s'accomplissent toujours dans le même ordre et d'une manière lente. Prolifération embryonnaire, dégénérescence vitreuse, puis caséeuse, et enfin ramollissement. La couche la plus centrale détruite est remplacée par la couche voisine qui a subi les mêmes transformations de dégénérescence,

pendant que la couche la plus excentrique montre le travail morbide à l'état naissant. En un mot, il s'agit ici de lésions étagées et extensives, l'extension se produisant toujours par la même série de phénomènes.

Dans les *noyaux tuberculeux disséminés*, il est probable que tout se passe comme précédemment, avec cette différence toutefois que pour une raison qui nous échappe, la zône embryonnaire périphérique, au lieu de dégénérer, aboutit à la formation d'un tissu fibreux très-dense qui enkyste les zônes en voie de dégénération caséeuse.

Bien différent est le travail pathologique qui se passe dans les parois des abcès froids. La zône indurée qui entoure l'abcès est peu épaisse et n'est formée que par du tissu conjonctif jeune et du tissu de bourgeons charnus. Klotz (1) rapporte l'examen histologique d'une paroi d'abcès froid : « Il s'agit d'une tumeur circonscrite de la grosseur d'un œuf de poule, sans adhérence à la peau, et ayant la consistance d'un kyste. Son contenu était du pus crémeux d'une consistance demi-solide. L'examen de la paroi, après ablation, montre qu'elle est constituée dans toute son épaisseur par du tissu conjonctif jeune »

Les lésions d'endartérites si remarquables que nous avons signalées, l'obstacle considérable à l'arrivée du sang artériel qui en résulte, pourraient expliquer suffisamment la mortification, la nécrobiose, dont sont frappés les amas embryonnaires. Mais je pense avec M. Grancher (2) que la dégénérescence vitreuse et caséeuse ne s'explique pas par cette seule cause, qu'il faut faire entrer en ligne de compte la constitution moléculaire des cellules du tubercule.

---

(1) Klotz. — Archiv für klinische chirurgie. band 25, heft 1. — Kalte abcesse der Brustdrüse.

(2) Grancher. — Loc cit.

CHAPITRE II.

Symptomatologie.

Les deux variétés de tubercules de la mamelle, admises précédemment, se retrouvent avec des caractères tout aussi distincts, tout aussi différents au point de vue clinique qu'au point de vue anatomo-pathologique. J'aurai donc à décrire successivement :

1° *Une forme disséminée.*

2° *Une forme confluente.*

Quelle que soit la forme, le début est insidieux, très obscur. La matière tuberculeuse se produit lentement et sans éveiller de phénomènes douloureux. Il se passe ordinairement un temps assez long avant que les malades s'aperçoivent de la présence d'indurations dans le sein. Mais déjà à cette époque, on pourra parfois rencontrer un ou plusieurs ganglions lymphatiques engorgés sous le bord inférieur du grand pectoral. Ces ganglions acquièrent un volume qui varie d'une grosse amande à celui d'un œuf de poule, ils suppurent et restent fistuleux. On constate alors l'existence d'une ou plusieurs fistules au niveau de la paroi antérieure de l'aisselle, qui donnent

issue à un pus séreux, contenant des grumeaux caséeux. Les trajets fistuleux, après avoir duré plusieurs mois, peuvent se tarir momentanément. Mais, sous l'influence d'une nouvelle poussée du côté de la glande mammaire, on les voit se rouvrir et donner passage à de la suppuration strumeuse.

Lorsque des douleurs surviennent ou bien lorsque les malades s'aperçoivent de la présence de grosseurs, d'une tuméfaction anormale du sein, le chirurgien est appelé à faire une exploration de la région.

1° *Forme disséminée.* — Le sein n'est pas augmenté de volume, ou bien il ne présente qu'une tuméfaction peu prononcée. Il n'existe aucune adhérence de la peau à la face antérieure de la glande. Le mamelon offre sa saillie normale. La mamelle saisie en totalité est parfaitement mobile sur les parties profondes. La palpation, pratiquée méthodiquement, fait reconnaître dans l'épaisseur de la glande des indurations, des nodosités. Ces noyaux sont indépendants les uns des autres. Leur nombre est variable et paraît être en raison inverse de leur volume.

En général de la grosseur d'une amande, ils peuvent atteindre le volume d'une noix ordinaire. Ils ne jouissent que d'une mobilité restreinte et semblent faire corps avec les tissus voisins. Leur surface n'est pas lisse, mais hérissée de petites granulations. Leur consistance est ferme, sans avoir la dureté cartilagineuse ou ligneuse.

Les tubercules disséminés du sein ne provoquent pas en général de douleurs. Leur marche est très lente. Ils ont une grande tendance à rester stationnaires. Dans certains cas quatre ans s'étaient écoulés depuis le moment où les malades s'en étaient aperçues et le volume n'avait pas changé.

Leur terminaison est inconnue. Peuvent-ils disparaître spontané-

ment en partie ou en totalité ? Peuvent-ils être éliminés à la suite de la formation d'un abcès subaigu ou d'un abcès froid ? Rien dans les recherches auxquelles je me suis livré ne m'autorise à formuler une opinion à cet égard.

2° *Forme confluente.* — La forme disséminée de la tuberculose mammaire peut rester silencieuse pendant toute la vie et n'être reconnue qu'à l'autopsie (Observ. de Billroth). Il n'en est pas de même pour la forme confluente. Les tubercules par leur rapprochement et leur fusion constituent des tumeurs qui ne sauraient se dérober longtemps à cause de leur volume. De plus, à une période variable de leur évolution, ces tumeurs subissent, en une ou plusieurs poussées, un accroissement considérable. Le sein, en quelques jours, double de volume. Ces phénomènes peuvent s'accomplir sans réaction inflammatoire, ni locale, ni générale et sans douleur (Observ. II). Dans d'autres cas, des accès fébriles, de l'embarras gastrique se développent et en même temps éclatent des phénomènes douloureux des plus pénibles pour les malades. Les douleurs peuvent être continues, lancinantes, quelque fois elles se présentent sous la forme d'accès qui durent plusieurs jours, disparaissent pour se montrer à nouveau. Dans l'observation I les douleurs avaient une grande vivacité, s'irradiaient dans le sein, dans l'épaule et jusque dans le coude du côté malade et allaient jusqu'à empêcher le sommeil. Les lésions de névrite interstielle que j'ai mentionnées plus haut rendent bien compte de ces phénomènes douloureux.

En palpant le sein on constate que le gonflement n'est pas également réparti dans toute l'étendue de l'organe. La tuméfaction porte plus spécialement sur une partie de la glande. Le segment externe en serait le siége habituel, si l'on s'en rapportait aux observations I et II. Mais il est évident qu'il ne saurait y

avoir là rien d'exclusif. Dans la zône la plus tuméfiée les doigts circonscrivent une tumeur de forme ovoïde, d'un volume variable. Sa surface est largement mamelonnée et hérissée de petites saillies granuleuses. Bien qu'à peu près immobile sur le reste de la glande, avec laquelle elle fait corps, elle ne paraît pas envoyer de prolongements dans son épaisseur. Elle est rénitente et donne la sensation d'une fluctuation obscure. En prenant soin d'immobiliser la mamelle avec une main, la fluctuation est perçue d'une façon évidente. Dans la zône, qui est le siége d'un gonflement plus modéré, il n'existe qu'un empâtement diffus; la lobulation habituelle de la glande n'est plus reconnue qu'avec difficulté. La peau de la région est normale, elle glisse assez facilement sur la face antérieure de l'organe. Celui-ci, pris en masse, est indépendant des parties profondes.

Une ponction ou une incision pratiquée au niveau des points fluctuants amène l'issue d'une quantité variable d'un liquide purulent contenant des grumeaux caséeux. Après la sortie du pus, il est facile de s'assurer qu'il était contenu dans une coque dure à parois assez épaisses (2 à 3 centimètres). L'évacuation du liquide amène une diminution notable du volume du sein. Dans certains cas, après un temps variable (un mois et demi, deux mois) les parois de la poche sont peu à peu éliminées, l'orifice fistuleux se cicatrise et la tumeur n'est plus représentée que par un empâtement peu étendu. Mais bientôt (Observat. II) la tuméfaction reparaît avec les mêmes caractères; on pratique de nouvelles incisions ou bien un ou plusieurs orifices apparaissent au niveau de la cicatrice et demeurent permanents. Chez la malade de l'observation I, l'incision de la tumeur une fois faite, est restée désormais fistuleuse sous la forme d'un orifice à bords légèrement indurés et fongueux.

Lorsque les fistules sont bien établies, la maladie est arrivée à sa

période d'état. La région a une physionomie toute spéciale et presque caractéristique. Sur une partie du sein, volumineux dans son ensemble, existe une bosselure plus accusée, au niveau de laquelle se voient un ou plusieurs orifices fistuleux. Sur la paroi antérieure de l'aisselle se trouvent également des orifices fistuleux à bords fongueux placés au centre de tuméfactions circonscrites de la paroi. Autour des orifices fistuleux, la peau est rougeâtre et violacée; elle adhère dans un certain rayon aux parties sous-jacentes et cette adhérence peut, lorsqu'elle siège au voisinage du mamelon, en déterminer l'enfoncement (observ. II). En arrière des fistules, la palpation fait reconnaître des indurations plus ou moins étendues. En explorant les trajets fistuleux, on trouve qu'ils sont très peu profonds au niveau de l'aisselle, tandis que le stylet s'enfonce à 2, 3, 4 centimètres dans l'épaisseur de la mamelle. Cette exploration n'est pas douloureuse, ne détermine pas d'écoulement sanguin notable. Elle fait reconnaître au fond des trajets des parties molles, légèrement dépressibles et comme friables. Quelque soit le traitement employé, la situation ne se modifie plus pendant des mois. La marche lente et continuellement extensive du processus permet de prévoir l'ulcération et la destruction progressive de tout l'organe. Cependant il n'est pas impossible qu'une partie plus ou moins notable de la mamelle puisse être respectée. La marche de la maladie est très lente. Sa terminaison sans intervention n'est pas connue. Le plus souvent, en même temps que les tubercules évoluent dans la mamelle d'autres manifestations de la diathèse peuvent être rencontrées, particulièrement du côté des organes thoraciques. Ces dernières, par leur siège dans les organes essentiels à la vie, arrivent à dominer la scène et amènent tôt ou tard une terminaison fatale.

CHAPITRE III.

Diagnostic.

Le diagnostic des tubercules de la mamelle demande à être discuté avec quelques détails. Jusqu'ici les descriptions avaient été trop imparfaites pour que le clinicien pût en tirer profit au point de vue du diagnostic.

« Cette affection rare, dit M. Gosselin, (1) a été peu étudiée; les chirurgiens en ont vu peu de cas. Aussi ne peut-on avoir que des présomptions basées sur la longue durée de la maladie et sur les manifestations tuberculeuses des poumons. »

Au début dans les 2 formes de tuberculisation de la mamelle, et pendant toute la durée des tubercules disséminés le diagnostic n'aura pas le plus souvent à être posé. Comme les malades ne souffrent pas elles ne se présentent pas à l'examen. Dans certains cas cependant, l'existence de produits tuberculeux dans la mamelle devra être soupçonnée et recherchée. En effet, si chez une femme jeune on observe un ou plusieurs bubons tuberculeux de l'aisselle, si les ganglions atteints siègent particulièrement sous le bord inférieur du grand pectoral, on devra examiner attentivement la mamelle voisine, la palper

---

(1) Clinique du 24 mai 1880.

et rechercher si elle ne présente pas de nodosités. S'il existe un ou plusieurs noyaux indurés, peu mobiles sur le reste de la glande, indolents, il sera très-probable qu'on aura affaire à des tubercules mammaires. Je base cette assertion : 1° Sur l'existence dûment constatée d'adénites tuberculeuses à l'origine d'un certain nombre de cas de tuberculose mammaire (Faits de Velpeau.—Observ. I et II de cette thèse). 2° Sur cette loi que Louis a solidement établie pour les adénopathies tuberculeuses mésentériques et médiastines. *Les lésions tubercules du mésentère et du médiastin s'accompagnent toujours d'une lésion homologue du tube digestif ou des poumons.* Dans les autres parties de l'économie les altérations primitives vraiment tuberculeuses des ganglions sont tout aussi rares que pour le mésentère et le médiastin. Il faut donc chercher, quand on en rencontre, du côté des réseaux qui desservent les ganglions malades le point de départ de l'affection tuberculeuse dont ils sont atteints.

Lorsque l'attention est attirée du côté de la mamelle, les caractères cliniques sont-ils toujours suffisants pour établir un diagnostic précis ? En dehors des noyaux tuberculeux disséminés, les indurations multiples que l'on peut trouver dans une mamelle sont de trois ordres : Ce sont A. des noyaux indurés d'inflammation chronique. — B. des fibromes. — C. des tumeurs lymphatiques décrites par le docteur J. Milman Coley (1).

A. Indurations inflammatoires chroniques. — Elles ont succédé ordinairement à une mammite aiguë. Ce sont des reliquats de phlegmons ou d'abcès du sein. On les voit survenir également chez des

---

(1). — J. Milman Coley. — Sur les tumeurs lymphatiques de la mamelle. — The Lancet, mai 1848.

femmes chlorotiques qui ont une menstruation irrégulière, quelques fois elles se sont produites à la suite d'un traumatisme. Il y a eu une mammite subaigue partielle ou chronique, qui s'est terminée par induration. Les renseignements étiologiques ont donc ici une grande importance. Ce sont des sortes d'empâtements plus ou moins bien circonscrits, indolents le plus souvent, qui n'ont aucun retentissement ni sur les parties voisines de la mamelle et de la peau, ni sur les ganglions lymphatiques. Ces noyaux n'ont pas autant de consistance que les tubercules mammaires.

B. *Fibromes.* — Les fibromes se distingueront des tubercules par leur mobilité beaucoup plus grande et par l'absence de retentissement ganglionnaire.

C. Coley a décrit sous le nom de tumeurs lymphatiques de la mamelle des indurations allongées transversalement, pouvant occuper tous les points de la glande, mais siégant spécialement vers la partie supéro-externe de cet organe, s'accompagnant d'engorgement douloureux des ganglions lymphatiques de l'aisselle, qui n'ont pas de tendance vers la suppuration. Elles se rencontrent chez des femmes de 15 à 35 ans mal règlées ou affaiblies. Leur volume va depuis celui d'une amande jusqu'à celui d'un œuf de poule. Elles disparaissent en 15 jours, 6 semaines, 3 mois au maximum, par un traitement approprié. Une de ces tumeurs, enlevée, fut reconnue être composée de vaisseaux lymphatiques épaissis, plongés au milieu d'un tissu cellulaire condensé. On voit que par la plupart de leurs caractères ces tumeurs diffèrent des affections tuberculeuses de la mamelle. Elles n'en ont ni la forme ni la marche. Il ne saurait donc y avoir d'erreurs.

Je vais maintenant supposer le cas où il n'existe qu'une induration unique, comme cela se rencontre dans la forme confluente de tuber-

lose mammaire dans une période assez longue de son évolution; je terminerai par quelques mots sur le diagnostic différentiel des suppurations chroniques de la mamelle.

L'induration unique du sein peut être générale ou limitée à une partie de l'organe. Dans le premier cas il n'y aura pas le plus souvent de difficulté pour le diagnostic. Le volume considérable du sein, la dureté générale de l'organe, la bilatéralité des lésions (Nélaton) feront admettre sans conteste l'existence d'une hypertrophie simple. Mais parfois le diagnostic pourra devenir épineux. En effet dans les tubercules confluents du sein, tout l'organe peut avoir augmenté de consistance; il peut présenter à un moment donné des points plus mous correspondant à la formation de cavités centrales. Les mêmes phénomènes peuvent être observés dans une hypertrophie simple unilatérale ou fibrome diffus (Virchow Cornil) dans lequel se sont développés des cavités kystiques.

J'ai eu l'occasion d'examiner un sein dans ces conditions. Le diagnostic porté avait été tubercules probables du sein. Il s'agissait d'une femme de 50 ans environ, manifestement tuberculeuse, qui depuis deux années portait une induration mamelonnée du sein, augmentant peu à peu de volume, présentant quelques points plus mous et s'accompagnant d'un ganglion suppuré de l'aisselle. L'examen microscopique du sein enlevé, fit reconnaître un fibrome diffus, dans lequel se trouvaient plusieurs cavités pouvant loger une bille à contenu séro-muqueux. L'existence de tubercules pulmonaires, la longue durée de la maladie ne suffisaient pas à faire admettre une tuberculisation du sein. Dans ce cas, la suppuration ganglionnaire de l'aisselle n'avait aucun des caractères de la suppuration tuberculeuse. L'adéno-phlegmon était aigu; il ne datait que de quelques jours. Le pus évacué

était de bonne nature et ne contenait pas de grumeaux caséeux. On serait autorisé en pareille circonstance à pratiquer dans les points mous une ponction exploratrice. Si la pointe du trocart avait pénétré dans un des kystes, on aurait vu s'écouler quelques gouttes d'un liquide séro-muqueux, tandis que s'il s'était agi de tubercules confluents à cavités centrales, le liquide obtenu eut été du pus grumeleux.

Les indurations uniques circonscrites du sein, peuvent être des productions liquides ou bien des productions solides. Ces dernières peuvent être mixtes, c'est à dire contenir des kystes. Les kystes sont extrêmement fréquents dans le sein.

La galactocèle est une tumeur molasse survenant peu de temps après les couches à fluctuation évidente. Je ne m'y arrêterai pas. Les kystes proprement dits du sein sont très-fréquents. Bien qu'un certain nombre d'auteurs les regardent comme un épiphénomène dans l'histoire des autres tumeurs, leur existence à l'état isolé est encore admise, comme certaine par le plus grand nombre. L'induration des tissus qui entourent leur paroi et qui masque la fluctuation lorsqu'ils sont peu développés, est le seul caractère qu'ils ont de commun avec les tumeurs tuberculeuses. Mais cette induration n'est pas considérable; de plus, l'absence de douleurs, de réaction, de retentissement ganglionnaire, la fluctuation perçue dans tous les points de leur périphérie quand ils ont acquis un certain volume, sont des signes différentiels de grande valeur. Enfin, une ponction exploratrice lèverait tous les doutes.

Parmi les tumeurs solides, les lipomes, extrêmement rares par leur consistance molle presque fluctuante, se rapprochent bien plus des kystes que des tubercules.

Les adenoïdes de Velpeau se distingueront facilement à leur surface lisse, à leur extrême mobilité et à l'absence d'engorgement

ganglionnaire. On sent la glande nettement séparée de la tumeur, ce qui n'existe pas pour les tumeurs tuberculeuses.

Astley Cooper signale deux cas d'abcès chroniques du sein qui avaient été pris pour des tumeurs malignes, d'autre part la rétraction du mamelon et l'existence d'adhérences ont pu faire songer à une tumeur maligne dans le fait qui fait le sujet de l'observation II. Il est donc nécessaire de bien établir les caractères différentiels des tumeurs malignes et des tubercules confluents de la mamelle.

Le squirrhe n'apparaît guère qu'a une période avancée de la vie. Il est rare avant 50 ans. — Les tubercules se rencontrent chez des femmes jeunes. — Le squirrhe déforme toujours la mamelle. Il envoie dans la glande des prolongements rayonnés ; il amène un retrait rapide du mamelon. Les tumeurs tuberculeuses ne présentent ni déformations, ni prolongements radiés. Le retrait du mamelon observé n'est survenu qu'après une très longue durée de la maladie et comme conséquence de la cicatrisation du premier trajet fistuleux établi au voisinage du mamelon. Le squirrhe amène des adhérences précoces de la peau à la glande. Ces adhérences peuvent être très étendues. La peau présente cette apparence spéciale connue sous le nom de peau d'orange. Dans la tuberculose confluente les adhérences peu étendues et n'offrant pas les mêmes caractères ne se montrent qu'au pourtour du trajet fistuleux. Dans le squirrhe l'engorgement ganglionnaire a la dureté de la tumeur mammaire Dans le tubercule, les ganglions sont suppurés et caséeux A la période d'ulcération, le squirrhe se caractérise par l'induration ligneuse des bords de l'ulcère, par la sanie fétide qu'il produit. — Au contraire les bords de la fistule tuberculeuse sont mous, fongueux et le liquide exhalé est du pus grumeleux.

Le cancer encéphaloïde qui se montre à la même période de la vie

que le squirrhe ne saurait être confondu avec les tubercules à cause de la rapidité de sa marche, par ses bosselures molles inégales, par les caractères de son ulcération qui livre passage à un gros bourgeon, violacé, saignant au moindre contact, par les phénomènes de cachexie précoce auxquels il donne lieu.

Le sarcome et le tubercule ont comme caractère commun de se développer pendant la jeunesse, de se montrer sous la forme d'indurations circonscrites, peu mobiles, faisant corps avec la glande et offrant à leur surface des saillies mamelonnées. Mais dans le sarcome ces saillies sont inégales et de consistance molle, tandis que dans les tubercules, les saillies à bases larges présentent à leur surface de petites éminences qui ressemblent à des grains glandulaires. La consistance du sarcome diminue rapidement au point de donner une sensation de fausse fluctuation. Les tubercules restent longtemps fermes, de consistance fibreuse. Lorsque la fluctuation existe on l'aperçoit à travers une coque dure. L'engorgement ganglionnaire est précoce dans les tubercules ; il est tardif dans le sarcome et correspond à la période ulcéreuse du néoplasme Le sarcome a une évolution rapide. Le tubercule a une marche très lente. Les caractères de l'ulcération sont absolument différents. Dans le sarcome, on trouve des ouvertures larges à bords amincis du fond desquelles s'élèvent des végétations. Dans les tubercules, on a des orifices fistuleux à bords fongueux saillants, étroits, livrant passage à une suppuration spéciale. On rencontre fréquemment dans les sarcomes des cavités kystiques (cysto-sarcomes). On sent alors des bosselures molles fluctuantes reposant sur une base dure. On conçoit qu'une méprise soit possible. Mais si l'on considère l'état d'intégrité complète d'une partie de la glande, tandis que dans les tubercules toute la glande a subi une sorte d'empâtement diffus même dans

les points que n'occupe pas la tumeur, si l'on a égard à la marche différente des deux maladies, à l'absence ou aux caractères particuliers des engorgements ganglionnaires du sarcome, on arrivera à éviter l'erreur. En tous cas, on pourra encore user ici du trocart explorateur.

Quant aux tumeurs dégénérées, dans lesquelles une portion plus ou moins étendue du produit morbide est devenue caséeuse, elles se présentent cliniquement avec les caractères ordinaires soit des cancers soit des sarcomes. Ce n'est qu'après leur ablation que la vue de noyaux caséeux peut faire naître des doutes sur leur constitution. Mais alors l'examen histologique des parties non atteintes par le processus caséeux établira leur nature. Si à la période ulcéreuse d'une tumeur, une masse caséeuse venait à être évacuée, si les caractères de l'ulcération, qui dans les cas de tumeurs malignes n'est jamais un orifice fistuleux, n'étaient pas suffisamment nets pour rendre le diagnostic indiscutable, il y aurait lieu de faire l'ablation d'une parcelle de la tumeur sous-jacente à l'ulcération et d'en pratiquer l'examen.

Les suppurations chroniques simples qui ont leur point de départ dans le sein sont rares. Astley Cooper en rapporte deux cas qui lui avaient été envoyés comme des tumeurs malignes à enlever. Laugier (1) en a observé un exemple dans les mêmes conditions. Velpeau en a publié quatre observations. M. Bardy (2) en cite plus récemment deux nouveaux faits. Ces abcès se différencient des tubercules confluents de la mamelle par la consistance moins ferme de leur paroi, par la quantité souvent considérable du pus qu'ils contiennent, par leur marche assez rapide vers la guérison, enfin par les conditions dans lesquelles ils se développent. Malgré le volume de la poche qui

(1). Laugier. — Dict. en 30 vol. Article Mamelle t. XVII p. 353.

(2). De l'abcès chronique du sein. Thèse, Paris 1876.

peut contenir près d'un demi-litre de pus, la guérison est obtenue complète en un espace de temps qui varie entre 1 mois et 2 mois et demi à partir du moment où l'abcès a été ouvert. Dans presque toutes les observations rapportées avec détails c'est pendant la lactation que l'abcès se montre, ou bien c'est peu de temps après que l'enfant a été sévré, et dans ces cas une induration de quelques lobules de la glande en a été le point de départ. Dans l'une d'elles c'est encore une induration qui a servi de matrice à l'abcès, mais elle avait succédé à un traumatisme. Les tubercules de la mamelle ne paraissent pa avoir de connexion manifeste avec la lactation.

Les abcès chroniques symptomatiques sont beaucoup plus fréquents, mais ils se rencontrent ordinairement au pourtour de la mamelle et non dans son épaisseur. Dans quelques cas, cependant, des suppurations d'abord collectées derrière la mamelle ont pu se frayer un chemin dans son épaisseur. Mais alors le diagnostic est établi après l'ouverture du foyer par la profondeur considérable à laquelle pénètre le stylet, qui, dans certains cas, peut arriver jusqu'à une dénudation osseuse et par la difficulté de faire mouvóir le sein pris en masse sur les parties profondes.

En résumé, les caractères de la tumeur fournis par la palpation, sa marche, l'adénopathie similaire qu'elle produit, suffiront à différencier les tubercules de la mamelle des indurations et des diverses variétés de tumeurs. La distinction entre les abcès froids idiopathiques et les suppurations tuberculeuses ne pourra être établie d'après les qualités du pus qui, dans les deux cas, peut contenir des grumeaux caséeux. Ce sera surtout alors les données étiologiques, la persistance indéfinie des fistules sans changement notable dans la tumeur et les autres manifestations de la diathèse tuberculeuse qui permettront de formuler un diagnostic précis.

CHAPITRE IV.

Pronostic.

Les tubercules de la mamelle ne menacent pas par eux-mêmes l'existence des malades. Ils n'ont pour conséquence directe que de miner peu à peu la glande et d'en amener la destruction partielle ou totale (phthisie mammaire). Mais ils doivent faire craindre à plus ou moins longue échéance chez les femmes qui les portent, l'envahissement par la tuberculose d'un organe plus important. Lorsque *la forme confluente* coïncide avec d'autres manifestations tuberculeuses occupant des organes indispensables à la vie, elle contribue par la suppuration prolongée à laquelle elle donne lieu, à affaiblir l'organisme et diminue ainsi sa résistance aux progrès de l'affection principale.

CHAPITRE V.

Etiologie.

La tuberculose mammaire n'est qu'une manifestation rare de la diathèse tuberculeuse. Ses causes se confondent avec celles de la de la maladie générale. Je n'y insisterai pas.

C'est pendant la jeunesse, au début de la période génitale de la femme, de 20 à 26 ans, que l'affection a été le plus souvent rencontrée. Cependant on peut encore la voir survenir chez des femmes plus âgées (Velpeau).

Le peu de développement de la glande chez l'homme, l'absence de fonctionnement, expliquent la rareté extrême de ses maladies. Des tubercules n'ont été signalés qu'une seule fois dans la mamelle de l'homme et nous avons vu que ce fait n'était rien moins que probant.

Les causes occasionnelles invoquées sont des irritations extérieures, un coup de coude (Velpeau). Mais dans ces cas, comme pour la plupart des tumeurs du sein, il n'existe le plus souvent qu'un rapport très éloigné entre le moment du traumatisme et le début de l'affection. D'ailleurs, presque toujours, c'est par hasard, ou bien parce que des douleurs attiraient l'attention, que les malades se sont aperçues qu'elles portaient une grosseur du sein.

La menstruation ne paraît avoir qu'une influence très restreinte sur la marche des tubercules. Quelques picotements, quelques douleurs lancinantes, sont signalés parfois au moment des règles. Celles-ci n'amènent ni augmentation ni diminution du volume du sein. Elles peuvent rester normales, régulières, pendant tout le cours de la maladie (Observation II). D'autres fois elles sont complètement supprimées (Observation I). Mais dans ces cas, il existait des lésions thoraciques et un état général qui suffisaient à expliquer cette disparition.

Quant à la grossesse et à la lactation, elles n'ont aucune espèce d'influence sur le développement des tubercules. C'est toujours en dehors de ces deux états, chez des femmes n'ayant pas eu d'enfants, ou bien les ayant sevrés depuis longtemps, que la maladie s'est montrée. Jusqu'ici, des indurations inflammatoires chroniques, consécutives à la lactation, n'ont pas été mentionnées au début de l'affection.

CHAPITRE VI.

Traitement.

Le traitement *des tubercules disséminés* devra être purement palliatif. Protéger le sein, le mettre dans des conditions à n'être ni froissé ni contusionné, sera la principale indication à remplir.

Les tubercules confluents réclament une intervention plus active. La mamelle est ordinairement gonflée, tuméfiée dans toute son étendue. Une compression méthodiquement disposée, en amenant la résorption des exsudats pourra rendre des services. Les pommades iodées, les vésicatoires sont d'une utilité douteuse. Dès que la fluctuation sera reconnue, il sera indiqué de donner issue au pus. L'incision sera suffisamment large pour que les liquides puissent sortir librement. Si l'on constatait des phénomènes de stagnation dans le foyer, il faudrait y placer un drain. Les injections detersives, les injections modificatrices iodées seront utilisées, mais on n'en espérera pas trop de résultats.

Le plus souvent, malgré cette médication rationnelle, aucune amélioration notable n'est obtenue. Les fistules continuent à donner passage au pus grumeleux pendant des mois, le gonflement de la glande ne se modifie pas. Si l'état général de la malade n'est pas

trop grave, si les lésions pulmonaires ne sont pas trop avancées, il faudra recourir à l'amputation de l'organe. L'ablation totale de la glande est indispensable. Nous avons vu en effet qu'il existait assez loin des parois des cavités centrales, des noyaux tuberculeux en voie de développement. Si l'on ne pratiquait qu'une amputation partielle, la maladie se reproduirait au bout d'un temps plus ou moins long. L'opération se fera dans les meilleures conditions antiseptiques, les bords de la solution de continuité devront être rapprochés de manière à obtenir le plus vite possible la cicatrisation et à diminuer la longueur de la suppuration. Dans les deux cas où cette amputation a été pratiquée, la plaie a marché régulièrement vers la guérison; dans l'observation I les lésions pulmonaires ont paru rester stationnaires, et en tous cas ne se sont pas aggravées. On est donc parfaitement autorisé à agir de même si des malades se présentaient dans de semblables conditions.

Les bubons tuberculeux de l'aisselle seront ouverts de bonne heure et pansés avec soin. Il n'y aura pas lieu de les enlever pendant l'extirpation du sein, parce que les altérations mammaires supprimées, les ganglions de l'aisselle diminuent et les orifices fistuleux se cicatrisent.

En toute circonstance, un traitement général sera institué. Les toniques et les reconstituants généraux, l'huile de foie de morue et les préparations iodées en constitueront la base.

PIÈCES JUSTIFICATIVES

Je comprends sous ce titre la plupart des documents qui se rattachent à l'histoire des tubercules de la mamelle.

Je les divise en deux catégories.

La première comprend deux observations inédites, l'une qui m'est personnelle, l'autre que je dois à l'obligeance de M. Le Dentu.

La seconde catégorie donne in-extenso les observations anciennes et étrangères, dont je n'ai pu que produire un court résumé en traitant de l'historique.

CATÉGORIE I.

—

OBSERVATION I (PERSONNELLE).

Mauder, Jeanne, âgée de 21 ans, typographe, entre le 7 février 1880 à l'hôpital de la Charité; salle Sainte-Catherine, N· 8, dans le service de M. le professeur Gosselin, pour une affection du sein droit.

Les renseignements que cette malade nous donne sur sa famille, offrent peu d'intérêt. Sa mère est morte en couches, son père est bien portant. Elle a une sœur qui a eu mal aux genoux pendant plusieurs

mois, mais qui a bien guéri. Ses antécédents personnels montrent que de tout temps elle a eu une santé assez délicate. Elle se souvient que dans son enfance elle a été plusieurs fois atteinte de maux d'yeux; à dix ans elle a souffert d'une affection oculaire qui a duré trois mois. Elle n'a gardé d'ailleurs aucune trace de ces maladies. Jamais elle n'a eu de croûtes dans les cheveux, ni d'engorgements ganglionnaires. Depuis l'âge de douze ans, elle a contracté chaque hiver des rhumes qui ne disparaissaient tout à fait que pendant la belle saison. Mais depuis le commencement de 1879, elle n'a pas cessé de tousser. Cette toux la fatigue beaucoup et provoque parfois des vomissements. Cependant elle n'a jamais eu d'hemoptysies.

Les règles se sont montrées tardivement à l'âge de 17 ans; elles n'ont jamais été bien régulières, ni comme date d'apparition, ni comme quantité de sang rendu. Parfois il existait entre deux époques un intervalle de plusieurs mois.

Pas d'accouchement ni de fausse couche.

Aucun antécédent, ni aucune trace actuelle de syphilis.

Au mois de février 1879, elle s'aperçoit, par hasard, qu'elle porte une grosseur en dehors du sein droit, non loin du creux de l'aisselle. Quinze jours plus tard, cette grosseur devient le siége de douleurs assez vives pour gêner la respiration et les mouvements du bras, Peu à peu elle grossit; et au mois d'avril elle s'ouvre spontanément. Il en sort un liquide rougeâtre, plus tard jaunâtre, mais toujours trés-fluide. Les douleurs, qui ont cessé après l'ouverture de la grosseur, reprennent bientôt avec une nouvelle intensité. Une seconde tumeur, celle-ci plus rapprochée du sein, se montre à côté de la première, grossit, s'ouvre et donne issue à un liquide purulent. A partir de ce second abcès la mamelle droite a toujours été plus volumineuse que la gauche.

Dans les derniers mois de l'année 1879, l'écoulement du pus se tarit, bien que les grosseurs persistent. A la fin de décembre, sans aucune

cause appréciable, les deux orifices fistuleux qui paraissaient cicatrisés s'ouvrent à nouveau et en même temps les douleurs reprennent une grande intensité. Elles présentent des irradiations vers l'épaule droite et s'étendent jusqu'au coude du même côté. Un médecin consulté, constate un gonflement de toute la mamelle et conseille des cataplasmes. Bientôt la peau de la région rougit ; de la fluctuation est reconnue au niveau de la glande mammaire. Le 24 janvier 1880, le médecin fait une incision à la partie inférieure de la mamelle, qui donne issue à une grande quantité de pus. Il introduit un drain dans l'ouverture, et pratique chaque jour des lavages à l'eau iodée.

Le 7 février, la malade entre dans le service.

C'est une jeune femme pâle, dont l'aspect maladif contraste avec un embompoint assez marqué. Elle ressent dans le sein droit des douleurs continuelles, en général supportables, mais qui offrent par accès des exacerbations intolérables. Ces accès durent parfois jusqu'à trois et quatre jours. Le siège de ces phénomènes douloureux est variable. Tantôt c'est la partie supérieure du sein, tantôt la partie inférieure qui en est le point de départ. Les douleurs sont spontanées et non éveillées par la pression.

A la vue le sein droit, comparé à celui du côté opposé, parait doublé de volume. Trois orifices fistuleux existent dans la région. L'un se voit à la partie externe du sein, presque dans l'aisselle, sous le bord inférieur du grand pectoral. Il ne donne qu'une faible quantité de pus, contenant des grumeaux caséeux. Il repose sur une masse indurée, de forme ovoïde, manifestement ganglionnaire. Le second est plus rapproché de la glande mammaire, dont il est cependant distinct. Le troisième, qui correspond à l'incision faite en ville, se trouve un peu au-dessous du mamelon. Les deux dernières fistules donnent issue par la pression à une certaine quantité de pus grumeleux. A l'entrée des orifices fistuleux se montrent quelques fongosités grisâtres.

La palpation du sein fait sentir une glande volumineuse indurée,

bosselée. Les bosselures sont inégales, petites, adhérentes entre elles et font corps avec la mamelle. Le plus grand nombre se rencontre en dehors du mamelon; dans la partie interne du sein, on sent des indurations profondes. La glande normale dans sa totalité, est mobile sur les parties profondes, la peau est également mobile sur la glande, excepté dans une petite étendue autour de l'orifice fistuleux. On introduit un stylet dans chaque fistule. On constate que les deux orifices externes correspondent à des trajets de quelques millimètres, tandis que dans le troisième, le stylet pénètre à une profondeur de trois centimètres. Les sensations obtenues dans la profondeur sont celles d'un tissu mou.

L'état général de la malade n'est pas très satisfaisant. Elle a chaque soir de la fièvre (38° à 38°,5). Elle tousse, expectore des crachats muco-purulents. L'examen de la poitrine indique une respiration rude, soufflante aux deux sommets, de l'expiration prolongée et quelques craquements très nets au sommet gauche. Des râles muqueux, disséminés, s'entendent dans le reste de la poitrine, en arrière.

Le diagnostic de l'affection mammaire est difficile. Il s'agit là d'une maladie chronique du sein survenue depuis environ 6 mois, en dehors de tout traumatisme, en dehors de l'état puerpéral et de la grossesse chez une femme jeune qui présente des lésions manifestes des sommets des poumons. M. Gosselin écarte l'idée de tumeur maligne, et croit que l'on a affaire à une mammite chronique, très-probablement tuberculeuse, tout en faisant quelques réserves à cause de l'extrême rareté de cette affection qui n'a été décrite nulle part.

On fait un pansement avec de la tarlatane imbibée d'une solution d'acide phénique au centième. On prescrit à la malade du quinquina et de l'huile de foie de morue.

Le 25 février apparait un érysipèle qui, parti du sein, envahit la poitrine, l'épaule, le dos. On fait des pansements à l'eau-de-vie camphrée. Cette complication se termine le 5 mars.

Pendant les mois de mars, d'avril, de mai, la malade reste en observation. Aucun changement ne se produit. Les trois ouvertures fistuleuses persistent; la mamelle présente le même volume, les mêmes indurations, les mêmes bosselures. L'état général s'aggrave. L'appétit diminue, les digestions sont plus lentes, plus difficiles. Du côté du poumon gauche, l'état est à peu près stationnaire; cependant la mâtité dans la fosse sus-épineuse augmente. La malade s'ennuie et demande vivement qu'on la débarrasse de sa maladie. M. Gosselin, considérant d'une part, qu'aucune amélioration n'a été obtenue depuis l'entrée de la malade; d'autre part, que la suppuration chronique prolongée, dont la mamelle droite est le siége, affaiblit la malade, se décide à amputer le sein. L'opération est pratiquée le 28 mai 1880. La mamelle est enlevée dans sa totalité. On fait un pansement avec de la tarlatane imbibée d'eau-de-vie camphrée, par dessus on place de la gaze phéniquée.

Le soir de l'opération, la température est basse (36°), le pouls est petit, bien qu'il n'y ait pas eu de pertes de sang considérable. — Une potion de Todd est prescrite.

Dans la nuit les règles, qui ne s'étaient pas montrées depuis 5 mois, réapparaissent. Elles durent 3 jours.

A partir du 29 mai la température qui avant l'opération s'élevait chaque soir entre 38°,5 et 39°,5 n'atteint plus que 38°, à 38°,5.

Le 1er juin, pansement avec mélange d'eau-de-vie camphrée et d'eau phéniquée à 1/100.

Le 7, la malade tousse un peu. Il existe quelques râles disséminés dans les poumons.

La cicatrisation de la plaie se fait régulièrement, quoiqu'avec une certaine lenteur. Elle est complète le 20 juillet et la malade est envoyée à l'asile de convalescence du Vésinet.

Le 16 août, après trois semaines passées au Vésinet, l'opérée vient nous revoir; nous constatons que la cicatrice au niveau du sein am-

puté, est bien solide. Des deux orifices fistuleux extérieurs à la glande, le plus extérieur seul donne encore du pus, l'autre est cicatrisé. De plus on ne sent plus les glandes indurées, sur lesquelles reposaient les fistules.

Pendant le courant du mois de septembre, nous avons encore eu l'occasion de revoir la malade. Les deux orifices fistuleux sont parfaitement cicatrisés. L'état général est assez bon. Cependant la toux et les sueurs nocturnes persistent. Les lésions pulmonaires paraissent stationnaires : Mâtité dans la fosse sus-épineuse gauche et sous la clavicule du même côté. Craquements assez nombreux dans le sommet gauche. Expiration prolongée à droite.

EXAMEN DU SEIN AMPUTÉ

Examen macroscopique

La pièce enlevée a environ 12 centimètres transversalement et 7 centimètres d'épaisseur. Elle comprend toute la mamelle et une partie du tissu graisseux ambiant. Elle contient dans son épaisseur une poche assez vaste, aplatie d'avant en arrière, parallèle à la face profonde dont elle est éloignée de 2 centimètres, tandis qu'elle est distante de la peau de 3 à 4 centimètres. Cette poche est très irrégulière et présente plusieurs diverticules terminés par des cavités plus ou moins grandes (un grain de chènevis à un pois, quelques-unes même pourraient loger une petite noisette). Quelques-unes de ces cavités paraissent isolées à première vue, mais à un examen plus attentif, on constate qu'elles communiquent toutes par des trajets étroits avec la grande cavité centrale. Celle-ci est en rapport avec l'extérieur par une fistule.

La grande cavité, les trajets, les diverticules sont tapissés par une sorte de membrane molle, épaisse de 1 à 2 millimètres, tranchant par

sa couleur grise ou gris-jaunâtre dans quelques points sur les parties voisines. Cette membrane est comme tomenteuse ; elle présente des sortes de villosités très fines et très tenues qui s'écrasent et se détachent facilement. Elle n'est pas vasculaire ; cependant au voisinage de l'orifice externe du trajet fistuleux elle offre une apparence ecchymotique; La face externe répond au tissu de la mamelle qui dans une notable étendue au voisinage des cavités est induré, blanchâtre, d'aspect fibreux. Dans l'intérieur de la cavité et des diverticules on trouve un peu de liquide séreux contenant des grumeaux jaunes-grisâtres, caséeux.

Sur la coupe verticale de la mamelle que nous avons fait desssiner (planche n° I) on voit en A le trajet fistuleux, en E la cavité centrale se terminant par une sorte de renflement en B. De plus, il existe en C un amas de petites tâches grisâtres comme translucides, à peine saillantes et qui à la loupe ressemblent beaucoup à des granulations grises demi-transparentes. Quelques-unes paraissent être un peu ramollies au centre. On rencontre également de petites taches de même couleur par amas au voisinage de la cavité centrale.

En pratiquant des sections dans différents sens, nous avons pu en rencontrer un grand nombre disséminées dans presque toute l'étendue de la mamelle.

Au voisinage de ces petits amas de taches se voit une coloration rougeâtre du tissu, comme s'il y avait de la congestion.

La face postérieure de la mamelle est intacte. Il n'y existe pas de trajets fistuleux. Le tissu cellulo-graisseux qu'on trouve en arrière de la glande est sain.

Examen histologique.

De nombreuses coupes ont été pratiquées en tous sens dans la mamelle, après conservation dans le liquide de Müller et durcissement

par la gomme et l'alcool. Elles ont été colorées par le picro-carminate d'ammoniaque. Elles peuvent être divisées en 4 groupes suivant qu'elles comprennent une portion de tissu situé :

1° A une certaine distance des trajets fistuleux;

2° Au voisinage de ces trajets;

3° Au niveau de ces trajets eux-mêmes;

4° Au niveau des taches grisâtres que nous avons signalées précédemment.

1° Coupes situées à distance des trajets fistuleux.

A un faible grossissement, on voit sur un fond blanc rosé présentant des ondulations régulières : A — De petits amas granuleux arrondis, la plupart ayant un diamètre de 100 millièmes de millimètre, quelques-uns plus volumineux, quelques autres plus petits. Un certain nombre sont situés au voisinage immédiat de canaux très fins. B — Des culs de sac ou conduits glandulaires, reconnaissables à leur coloration d'un rouge vif, d'autant plus apparente pour les acini et les petits conduits qu'ils sont entourés par un fin liseré blanchâtre formé par leur tunique hyaline ; à leur forme tantôt régulièrement arrondie, tantôt elliptique à extrémités arrondies, tantôt enfin elliptique à prolongements diverticulaires multiples. Les culs de sac, comme les conduits sont entourés d'une zône formée par un semis de granulations rosées ou jaunes-grisâtres, qui dans certains points empiètent sur la paroi du conduit ou couvrent une portion plus ou moins étendue du cul de sac. Parties glandulaires et semis granuleux périphérique forment des ilôts de figure variable, le plus souvent ovalaires parfaitement séparés et distincts. Il existe encore çà et là quelques rares trainées de grains rouges au voisinage de vaisseaux volumineux.

A un grossissement de 300 diamètres, la substance fondamentale

de la préparation se montre constituée par des faisceaux de tissu conjonctif au milieu desquels se remarquent quelques cellules munies d'un noyau et d'un nucléole. Les amas granuleux indépendants des glandes sont formés par des cellules embryonnaires sans noyau. Quelques uns de ces amas présentent à leur centre des cellules peu colorées, à aspect grisâtre, légèrement refringeantes, contenant un très grand nombre de granulations, et à leur périphérie des cellules bien colorées et beaucoup moins granuleuses. Des vaisseaux capillaires, en petit nombre, remplis de globules rouges et de leucocythes, se remarquent au voisinage de quelques-uns de ces noyaux. Sur une coupe on aperçoit trois noyaux embryonnaires comme appendus aux parois d'un capillaire oblitéré. Sur une autre coupe, trois ou quatre capillaires, convergeant de manière à former une Y, présentent le long de leur parois une traînée de leucocytes disposés sur deux ou trois rangs. Des leucocytes se voient également à l'intérieur des vaisseaux (Planche III, fig. 2.)

Les amas granuleux que l'on rencontre au pourtour ou au voisinage des glandes sont également formés par des cellules embryonnaires.— Presque toujours ils sont circonscrits à un département glandulaire, c'est à dire qu'ils ne dépassent pas les faisceaux du tissu conjonctif concentrique, qui forment une sorte de coque aux culs de sac comme aux petits conduits glandulaires. Ils n'empiètent pas, en général, davantage sur la membrane hyaline, qui double la couche d'épithélium cubique. Cependant, sur un certain nombre de points, on voit les cellules embryonnaires envahir la membrane limitante et se répandre au milieu des cellules épithéliales (Pl. III fig. 6,7) et jusque dans l'intérieur des conduits. L'épithélium cubique des culs de sac et des conduits se présente dans certains points avec ses caractères normaux ; dans d'autres points, il a proliféré; des cellules embryonnaires se montrent au milieu des cellules épithéliales; la lumière des culs de sac et des conduits est rétrécie; d'une manière générale, les grains glandulaires sont

plus volumineux qu'à l'état normal. Il est facile de voir en comparant des coupes de culs de sac, les unes prises dans les parties altérées, les autres sur certains points de la mamelle où il n'y a pas de lésions (parties périphériques) que les culs de sac ont doublé de volume. Nous avons fait également des coupes sur une mamelle de femme de dix-huit ans qui n'avait pas eu d'enfants et nous avons trouvé les grains gandulaires moitié moins volumineux que dans les parties altérées de la mamelle qui nous occupe.

Les capillaires sanguins sont assez nombreux au voisinage des glandes dans la partie externe de la capsule fibreuse. Plongés au milieu du tissu embryonnaire, ils se reconnaissent à leur coupe circulaire et à leur contenu formé de leucocytes et de globules rouges. En dehors des lobules les artères et les veines de très petit calibre ne présentent que peu d'altération. Quelques-unes d'entre elles et surtout les vaisseaux un peu plus volumineux offrent des lésions remarquables de leur tunique endothélialesur lesquelles nous insisterons bientôt.

Les gros conduits galactophores n'offrent que peu d'altération. — La paroi de quelques-uns cependant est infiltrée de cellules embryonnaires.

2° *Coupes pratiquées au voisinage d'un trajet fistuleux.*

L'examen fait découvrir des lésions du même ordre que dans les coupes précédentes, mais beaucoup plus étendues, plus avancées et plus complexes. La substance fondamentale conjonctive de la glande est presque partout infiltrée de cellules embryonnaires ou épithélioïdes Quelques-unes de ces cellules très-pâles, grisâtres, fortement granuleuses, forment soit isolément soit par groupes, intimement accolés, des corps granuleux. Ils ne sont encore ici qu'en petit nombre, Nous les retrouverons plus loin très-nombreux dans la paroi des trajets fistuleux.

Des amas de cellules épithélioides et embryonnaires se montrent sous forme de traînées ou d'infiltrations plus ou moins étendues, d'ilots arrondis assez volumineux (100 à 150 millièmes de millimètre).

Le centre des ilots est remarquable par la teinte grisâtre, par le reflet et l'état fortement granuleux des cellules qui sont assez volumineuses et dont un certain nombre présente encore un gros noya distinct. On constate là une dégénérescence vitreuse type. Les infiltrations présentent les mêmes caractères. Les rapports de ces amas granuleux avec les diverses parties constituantes de la mamelle sont des plus variables. Les uns sont complètement isolés au sein de la substance fondamentale; d'autres entourent un vaisseau oblitéré ; d'autres se trouvent en connexion plus ou moins intime avec les glandes. Quelques-uns sont simplement contigus aux culs de sacs ou aux conduits glandulaires; quelques autres ayant envahi le côté d'un conduit ou d'un cul de sac, font hernie dans son intérieur. Ici ils ont détruit la moitié, les trois quarts d'un cul de sac ; là ils ont coupé un conduit par le milieu. Quelques granulations embryonnaires sont développées autour d'un conduit galactaphore de second ordre. Nous en avons représenté un exemple (pl. II fig. 1.) Mais la lésion la plus fréquente est l'envahissement d'emblée de tout un département glandulaire. La coque conjonctive du lobule est infiltrée de cellules embryonnaires et épithélioides; presque toujours la membrane hyaline est respectée au moins dans une partie de son contour.

Les cellules épithéliales des culs de sac glandulaires et les parois des conduits ont proliféré ; on voit un grand nombre de cellules embryonnaires mêlées aux cellules épithéliales; ces cellules remplissent complètement la lumière d'un certain nombre de petits conduits glandulaires. On peut suivre en se rapprochant peu à peu du trajet fistuleux, les altérations remarquables de ces départements glandulaires. A un faible grossissement, on aperçoit des espaces ovalaires elliptiques bien limités à cause de la direction toute différente que prennent les

faisceaux conjonctifs qui cotoyent le lobule et qui sont pour ainsi dire tangents aux faisceaux concentriques qui entourent les acini et les premières ramifications de la glande. Ces espaces sont les uns rosés, les autres jaune-grisâtres, les derniers complètement grisâtres, jaunâtres ou décolorés. Dans les départements de coloration rosée, on reconnaît très-bien la coque conjonctive granuleuse, et au centre, la coupe des acini à coloration rouge foncée, les uns intacts, la plupart sous forme de débris rappelant une portion de cul de sac ou de paroi d'un conduit, le tout parfaitement reconnaissable. Dans les départements de coloration grisâtre, se montrent des éléments de formes variées, ovoïdes, triangulaires, quelques-uns à prolongements, à contours nets, d'aspect vitreux et brillant, de coloration jaune orangé au centre avec petits grains rosés nombreux à la périphérie. Ces éléments, par leur groupement au centre de la coque conjonctive, par le voisinage de quelques culs de sac ou conduits présentant des altérations moins avancées, ne peuvent être regardés que comme des portions d'acini ou de parois de petits conduits fortement désorganisés. Dans les départements de coloration gris-jaunâtre, on trouve les éléments cellulaires infiltrés de granulations réfringéantes, graisseuses et au milieu d'eux des éléments plus volumineux de coloration orangée avec nodules roses à la périphérie. A un grossissement de 300 à 400 d. Dans les départements rosés, on aperçoit facilement les glandes ou les débris de glandes. Elles sont toujours reconnaissables à la persistance de la substance hyaline dans une partie étendue de leur contour. à la présence de cellules cubiques à gros noyau grenu, caractères des cellules épithéliales des culs de sac. Un certain nombre de culs de sac sont en voie de dégénérescence granulo-graisseuse à leur centre, tandis qu'on voit de nombreux noyaux à leur périphérie. Ces portions de glandes sont plongées au milieu des cellules épithélioïdes et embryonnaires.

Dans les départements grisâtres la coque conjonctive n'existe plus

que sous la forme d'une mince bandelette à la périphérie; dans le reste de son étendue elle est remplacée par des cellules épithélioïdes et embryonnaires fortement granuleuses. Au milieu des cellules se voient 1° des portions de culs de sac ou de parois de conduits dont tous les éléments sont en dégénérescence vitreuse. Ils forment des sortes de blocs granuleux plus ou moins volumineux. 2° de véritables cellules géantes de forme et de dimensions variées, de coloration orangée à reflet brillant, présentant un centre très finement granuleux et une couronne tantôt complète, tantôt incomplète de beaux noyaux. Or si on regarde avec soin la membrane limitante de cette cellule on voit qu'elle présente soit dans tout son pourtour, soit dans une partie seulement de sa circonférence deux ou trois lignes noires très fines, séparant des espaces clairs un peu plus larges. Il n'est pas difficile en comparant cet aspect avec celui que présente la membrane hyaline des culs de sac et des petits conduits de constater qu'il y a identité complète entre la paroi de ces cellules géantes et la tunique transparente des culs de sac. Mais ce n'est pas tout; dans l'intérieur de la coque conjonctive glandulaire, au voisinage de ces cellules géantes parfaitement formées, se trouvent d'autres éléments qui ne sont autres que des cellules géantes encore incomplètement constituées. Elles ne diffèrent en effet des précédentes que par la présence au milieu des fines granulations centrales de quelques cellules épithéliales avec leurs gros noyaux granuleux qu'a encore épargnée la dégénérescence.

Le siége de ces cellules géantes au centre de la circonscription glandulaire, leur existence par groupes, la persistance de la membrane hyaline qui résiste avec énergie aux progrès de la destruction, les traces de cellules épithéliales dans des cellules géantes incomplètement développées, sont autant de preuves que ces cellules géantes ne sont autre chose que des coupes de culs de sac ou de conduits glandulaires, dont le centre a subi la métamorphose granulo-graisseuse, tandis que la périphérie en conservant une certaine vitalité permet longtemps encore l'existence de noyaux embryonnaires.

Les départements glandaires gris jaunâtres montrent les lésions arrivées à leur maximum. La coque conjonctive et les glandes sont détruites et remplacées par des cellules complétement granuleuses et infiltrée de fines granulations graisseuses, au milieu desquelles on aperçoit quelques cellules géantes et des débris ou blocs granuleux de configuration extrêmement variable qui tranchent par leur coloration orangée sur la teinte régulièrement gris jaunâtre des parties voisines.

Les altérations vasculaires sont très importantes. Les capillaires sont presque partout oblitérés par des hématies et des leucocytes. A mesure qu'on se rapproche des trajets fistuleux les leucocytes deviennent beaucoup plus nombreux. Les artères présentent peu de lésions dans leur tunique moyenne. La tunique adventice est presque partout devenue embryonnaire. Les cellules sont disposées régulièrement en cercles autour de la tunique moyenne et on peut en compter jusqu'à 5 ou 6 rangées. Mais c'est sur les altérations de la tunique interne que je veux attirer spécialement l'attention. L'endothélium du vaisseau au lieu d'être représenté par une seule couche de cellules, en présente 3, et jusqu'à 6 ou 7 (pl. III fig. 5.) Au milieu des couches centrales qui oblitèrent presque complètement l'artère se voient des leucocytes granuleux arrondis. Les veines montrent un état embryonnaire de leur tunique adventice, une infiltration embryonnaire de leur tunique moyenne,mais des lésions beaucoup moins importantes de leur endothélium. Souvent il n'y a qu'une couche de cellules ; quelques-unes cependant en ont deux ou trois.

Les nerfs n'ont pas échappé aux lésions. Des coupes transversales de cordons nerveux situés au voisinage de nodules embryonnaires montrent des petits amas de noyaux embryonnaires entre les tubes nerveux dont quelques-uns sont ainsi déjetés et comprimés contre les tubes voisins.

3° *Coupe comprenant la paroi des trajets fistuleux.*

A mesure qu'on se rapproche des trajets fistuleux, la trame conjonctive de la mamelle présente une infiltration de plus en plus confluente de cellules variées, cellules embryonnaires, cellules épithélioides, de diverses grandeurs, à noyaux volumineux, mais présentant toutes ce caractère commun d'être extrêmement granuleuses. Bientôt toute apparence fibrillaire disparait et la paroi du trajet n'est plus constituée que par les cellules précédentes, au milieu desquelles se voient des corps granuleux, grisâtres, les uns n'ayant que le volume des leucocytes, les autres présentant un volume double ou triple. En parcourant cette paroi dans une certaine étendue, on rencontre : 1° quelques vaisseaux ; 2° des ilots glandulaires; 3° des cellules géantes. Les vaisseaux sont ou bien des capillaires paraissant dilatés et remplis d'hématics et de leucocytes; ou bien des artères et des veines dont la membrane endothéliale a proliféré au point de remplir toute la lumière du vaisseau.

Les îlots glandulaires se présentent avec la même physionomie que ceux que nous avons signalés au voisinage des trajets; mais ils sont beaucoup plus pâles, plus jaunâtres. Certains de ces ilots sont envahis par la dégénérescence granulo-graisseuse, à un tel point qu'on n'en reconnait plus qu'une moitié, qu'un tiers. Au milieu de ces îlots existent des cellules géantes, à côté de culs de sacs encore assez nettement délimités. Cà et là on aperçoit des cellules géantes, solitaires, comme perdues au milieu des éléments qui forment la paroi du trajet.

En s'approchant de la partie centrale du trajet, les éléments deviennent de moins en moins tassés. Sur les parois de ces trajets existent un grand nombre de corps granuleux de divers volumes, les uns complétement libres, les autres attachés encore par une partie de leur circonférence aux éléments voisins. Quelques uns de ces corps granuleux présentent un volume énorme. Ils sont constitués par l'accollement

ntime, la coalescence, de plusieurs corps granuleux moins volumineux. Un certain nombre rappelle absolument la forme de ces blocs granuleux que nous avons signalés précédemment dans les ilots glandulaires dégénérés.

4. Coupes pratiquées au niveau des tâches grisâtres signalées dans l'examen macroscopique.

Ces coupes montrent des lésions absolument identiques à celles que nous avons décrites au voisinage des trajets fistuleux. Ce sont les mêmes altérations des territoires glandulaires, avec cellules géantes, les mêmes noyaux embryonnaires granuleux au milieu d'un tissu conjonctif infiltré de cellules épithélioïdes. Au pourtour des ilots granuleux et des glandes, les vaisseaux capillaires sont dilatés, un grand nombre complètement oblitérés. Les artères sont également atteintes d'endartérite végétante qui va jusqu'à presque oblitérer le calibre des vaisseaux. Quelques-uns des îlots embryonnaires arrondis et des circonscriptions lobulaires infiltréees ont subi la dégénérence vitreuse; d'autres sont tout-à-fait granulo-graisseux. Il n'est pas douteux qu'il existe-là de petits amas de matière caséeuse, qui, en s'étendant peu à peu, seraient devenus le point de départ de petites cavités et de nouveaux trajets fistuleux. Ces coupes sont intéressantes parce qu'elles nous montrent la marche du processus tuberculeux dans la mamelle. Granulations ou infiltrations tuberculeuses qui deviennent caséeuses, se ramollissent, forment de petits foyers qui, en se réunissant les uns aux autres, constituent des cavités de plus en plus grandes. Au pourtour de ces cavités, nouveaux dépôts de matière tuberculeuse qui suivra la même évolution et viendra augmenter d'autant la cavité. Ce travail ulcéreux, lent, aboutit fatalement à la formation de fistules qui n'ont aucune espèce de tendance à guérir.

OBSERVATION II.

Extrait des bonnes feuilles de la Revue de Chirurgie.

TUBERCULES DE LA MAMELLE GAUCHE

Recueillie dans le service de M. le Docteur Le Dentu.

Gigout, Perrine, âgée de 23 ans, cuisinière, entre le 14 février 1880 à l'hôpital St-Louis, salle Ste-Marthe, n° 67.

Cette jeune femme n'a aucun antécédent héréditaire qui mérite d'être mentionné. Dans son enfance elle a été atteinte à plusieurs reprises, d'impétigo et d'engorgements ganglionnaires cervicaux multiples, qui d'ailleurs n'ont pas suppuré, en sorte qu'elle ne porte aucune trace de cicatrices au cou. Ces manifestations strumeuses sont bien en rapport avec l'aspect actuel de la malade : celle-ci, en effet, présente un embompoint marqué, une peau fine transparente, la lèvre supérieure assez volumineuse, un nez aplati et comme étalé.

A 12 ans, l'aisselle gauche devient le siége d'une tumeur, qui acquiert le volume du poing, s'ouvre spontanément et donne issue à un écoulement séro-purulent qui persiste pendant deux ans environ.

A 17 ans la menstruation s'établit et depuis lors reste parfaitement régulière.

A 21 ans une seconde tumeur se développe dans l'aisselle gauche, à côté de la première, mais elle n'atteint que le volume d'une amande et se termine par une fistule qui livre passage à un pus séreux pendant quatre mois environ. Peu de temps après la guérison de cette fistule,

elle eut un enfant, qu'elle ne nourrit que pendant trois semaines. La cessation brusque de l'allaitement n'a pas été suivie d'accident : les seins se sont bien dégorgés ; il n'est pas resté d'indurations.

A vingt-deux ans, dix mois après avoir sévré son enfant, sans cause appréciable, une petite grosseur se montre à la partie supérieure et externe de la mamelle gauche. Cette grosseur, au moment où la malade s'en aperçoit, a à peu près le volume d'une amande ; elle est le siège de legers picotements et paraît augmenter de volume. Cet accroissement fait d'ailleurs de lents, mais continuels progrès et quand la malade entre pour la première fois à l'hôpital, le 15 février 1879, M. le docteur Le Dentu trouve la mamelle gauche doublée de volume. La peau a conservé sa coloration normale, mais elle ne glisse pas facilement sur la glande. La palpation attentive fait reconnaître que cette tuméfaction de la région mammaire est due en grande partie à l'existence d'une tumeur de forme ovoïde, de la grosseur d'un œuf de poule, occupant tout le segment supero-externe de la glande, mais n'atteignant pas le mamelon. Lorsqu'on la palpe superficiellement, on la trouve hérissée de petites saillies granuleuses, qui ne sont probablement que des grains glandulaires. Elle est rénitente et donne aux doigts qui l'explorent, la sensation d'une fluctuation obscure. En prenant soin d'immobiliser la tumeur, la fluctuation devient évidente particulièrement dans la portion la plus externe. Toutes ces recherches se font avec la plus grande aisance. Car la tumeur n'est le siège ni de douleurs spontanées, ni de douleurs provoquées par la pression.

M. Le Dentu, après avoir fait quelques réserves motivées par le manque de souplesse de la peau au niveau du sein et par une rétraction légère au niveau du mamelon, considérant que cette femme est manifestement scrofuleuse, qu'à deux reprises différentes elle a présenté des abcès strumeux de l'aisselle gauche, que d'autre part elle est bien certainement indemne de syphilis, conclut à l'existence d'un abcès froid de la mamelle.

Il pratique une ponction avec l'aspirateur Dieulafoy et retire environ 60 grammes d'un liquide blanchâtre, purulent, assez épais.

Les jours suivants, le liquide se reproduit et la tumeur reprend son volume primitif. Une incision assez large donne issue à une notable quantité d'un pus épais. Le doigt porté au fond de la plaie permet de reconnaitre une cavité sinueuse, à parois épaisses, rigides, dont la surface irrégulière présente des saillies et des dépressions qui lui donnent une apparence aréolaire. Un diverticulum profond, capable de loger l'extrémité de l'index se dirige vers la partie supérieure et externe de la tumeur.

Un gros drain est introduit dans la poche et on y fait des injections d'eau alcoolisée. Sous l'influence de ce traitement la tumeur diminue rapidement de volume. Le 6 avril la suppuration est tarie, l'orifice fistuleux complétement fermé. Il ne reste plus à la place de la tumeur qu'un empâtement mal circonscrit et à peine appréciable. La malade quitte l'hôpital.

Au mois de mai 1879, sous l'influence d'une grossesse arrivée à 4 mois, les deux seins commencent à grossir. Le sein gauche, un peu plus volumineux que le droit devient de plus en plus douloureux au fur et à mesure que la grossesse avance. En même temps l'on constate que le mamelon se déprime. Au mois d'octobre, 30 jours avant l'accouchement, la cicatrice que porte le sein gauche se rompt et se transforme en orifices fistuleux, qui donnent passage à de la sérosité laiteuse.

L'accouchement a lieu en novembre sans incident. La femme est décidée à ne pas nourrir son enfant. Dix jours après l'accouchement, le sein droit est revenu à son état normal; mais le sein gauche reste gorgé de lait, qui s'écoule par les fistules.

En janvier 1880, les fistules du sein gauche donnent issue à du pus séreux. La mamelle est assez volumineuse; cependant elle ne présente aucune réaction inflammatoire. La malade est très ennuyée de ne pas voir ces orifices se fermer. Le liquide qui s'écoule continuellement ta-

che son linge et irrite la peau du voisinage. Le 14 février, elle rentre à l'hôpital et insiste pour être débarrassée à tout prix de son mal.

La région mammaire est l'objet d'un examen approfondi. En la comparant à celle du côté opposé, on la trouve presque doublée de volume. Le mamelon du côté droit est saillant; du côté gauche à la place du mamelon, on trouve une dépression en doigt de gant dans laquelle on peut introduire une notable partie de la première phalange de l'index. Dans la partie externe du sein gauche, on rencontre trois orifices fistuleux par lesquels s'écoule un pus séreux. Le stylet ne peut y pénétrer que difficilement et à une très minime profondeur. La peau a conservé une certaine mobilité dans la moitié interne du sein. Elle paraît cependant épaissie et cela d'autant plus qu'on se rapproche du mamelon. Dans la moitié externe du sein elle est adhérente et on ne peut la faire glisser sur la glande. Tout le sein pris en masse est mobile sur les parties profondes. En cherchant par la palpation à reconnaître l'état de la glande mammaire, on sent dans certains points, des nodosités assez dures paraissant se confondre les unes avec les autres, de manière à former une masse assez volumineuse; dans d'autres points, on reconnaît des noyaux beaucoup plus petits et isolés. Les pressions exercées sur le sein n'éveillent aucune douleur. Cependant la mamelle est de temps en temps le siège de douleurs spontanées qui augmentent au moment des règles.

Il existe dans l'aisselle gauche deux cicatrices allongées et inégales. un peu douloureuses, et au-dessous d'elles on sent deux ou trois ganglions engorgés.

La poitrine est auscultée avec soin. On n'y trouve aucun signe de tuberculisation. L'état général est satisfaisant.

M. le docteur Le Dentu insiste sur la difficulté du diagnostic. Si, en effet, les antécédents de la malade, l'existence d'un abcès froid antérieur, les suppurations ganglionnaires de l'aisselle sont en faveur d'une mammite scrofuleuse chronique, l'enfoncement du mamelon, l'épaisis-

sement et l'adhérence de la peau dans certains points, la présence de nodosités dures dans la glande, peuvent faire songer à une néoplasie de nature maligne. M. Le Dentu pense que dans l'une ou l'autre hypothèse, il est indiqué de débarrasser la malade de sa tumeur. S'il s'agit, en effet, d'une mammite scrofuleuse chronique, des abcès à marche lente vont se produire dans le sein, s'ouvrir et rester fistuleux, et donner lieu à une suppuration d'une durée illimitée.

La suppuration longtemps prolongée est une cause sérieuse d'affaiblissement et une gêne continuelle pour la malade. A-t-on affaire, au contraire, à une tumeur maligne, l'amputation du sein et l'extirpation des ganglions axillaires faite à temps, est la seule chance de guérison.

L'opération est pratiquée le 25 février. La plaie est recouverte d'un pansement de Lister.

Le 26, un érysipèle se déclare. En même temps, on constate une rétention d'urine.

Le 28, l'érysipèle diminue. La rétention d'urine a cessé.

Le 5 mars, une nouvelle poussée d'érysipèle se montre et dure jusqu'au 11 mars.

Ces complications n'ont pas entravé le travail de cicatrisation. Le 12 mars la plaie est presque complètement fermée.

L'opérée sort guérie quelques jours plus tard.

EXAMEN DU SEIN AMPUTÉ.

Examen macroscopique.— Le sein est divisé transversalement. Sur la surface de coupe, on trouve au milieu d'un tissu d'aspect fibreux, un certain nombre de cavités de grandeur variable, pouvant loger depuis un pois jusqu'à un haricot. Ces cavités sont remplies d'un pus crémeux plus épais au voisinage des parois.

En un point de la coupe, on voit une cavité pouvant admettre une

grosse amande, dont les parois sont constituées par un tissu rougeâtre. d'apparence sarcomateuse.

Lorsqu'on presse la glande, on fait sourdre un liquide blanc jaunâtre, très épais, et en vidant ces cavités, on constate que leurs parois sont inégales et comme villeuses.

EXAMEN MICROSCOPIQUE

Fait par M. Quénu, chef du laboratoire d'histologie des hôpitaux.

La pièce a été durcie par la gomme et l'alcool, après avoir été traitée par l'alcool. Des coupes ont été faites dans les différents points de la tumeur, colorées au picrocarmin et montées dans la glycérine.

Préparation I (100 diamètres). On aperçoit à ce grossissement une série d'ilots, composés de cellules de forme arrondie et circonscrits par des bandes de tissu fibreux. A côté des îlôts bien circonscrits, il est des plaques mal limitées, parcourues par quelques travées fibreuses. Au milieu de ces plaques et de ces îlôts cellulaires, il est des parties mal colorées, jaunâtres, comme caséeuses.

L'examen de chacun des ilôts à un plus fort grossissement (290 d.) nous montre qu'ils sont formés en grande partie de cellules embryonnaires.

Les uns ne renferment presqu'uniquement que ces cellules, qui sont petites, plongées au milieu d'une gangue fibrillaire à la périphérie. Au voisinage se trouve la coupe d'un vaisseau assez volumineux; mais dans l'îlôt même, il n'y a aucune trace de vaisseau.

Dans un ilôt voisin, de forme plus allongée, on distingue une série de petits cercles constitués par des cellules dégénérées et déformées.

Entre les petits cercles, nombreuses cellules rondes. Malgré la dégénérescence et le fusionnement des éléments cellulaires, on reconnaît à leur groupement les traces d'anciens culs de sac glandulaires. A un grossissement de 400 d., on distingue même, et très nettement, autour de l'acinus, une zone transparente, amorphe, et dans l'intérieur de l'acinus des cellules irrégulières épithélioïdes. Dans d'autres îlôts, et surtout dans les plaques irrégulières, sont des cellules embryonnaires tantôt disséminées sans ordre, tantôt rassemblées en petits groupes, de forme arrondie; au milieu de tous ces éléments apparaissent d'énormes cellules à prolongements multiples, de dimension et de formes variables, mais ayant toutes des caractères communs : leur protaplasma est granuleux, coloré en jaune orangé par le picrocarmin — elles répondent toujours aux points de la préparation les plus granuleux, les moins colorés, en un mot, elles siégent au centre des parties en voie de subir la dégénérescence vitreuse. On reconnaît là les éléments décrits sous le nom de cellules géantes. Il n'est pas rare de trouver dans le même point trois ou quatre cellules géantes.

Enfin on est frappé dans l'examen de cette préparation comme dans l'examen de celles qui suivent par la rareté, sinon l'absence de vaisseaux. Les vaisseaux ne se trouvent que dans les travées, qui séparent les îlots et nulle part on ne rencontre de vaisseaux à parois embryonnaires.

Dans le tissu qui sépare les ilots, dominent les lésions de l'inflammation. Ici trainées de cellules rondes irrégulièrement disséminées; là cellules fusiformes en train de subir la transformation conjonctive. Dans d'autres points, bandes de corps fibro-plastiques qu'on rapporterait volontiers à une tumeur sarcomateuse si l'on n'avait sous les yeux que ce point de la préparation.

Préparation II. — La préparation II n'est pas subdivisée en îlots comme la précédente. A un grossissement de 100 D, elle paraît formée d'amas cellulaires dégénérés traversés çà et là par des travées

fibreuses et par des faisceaux dc cellules fusiformes. La dégénérescence vitreuse est beaucoup plus marquée. Grande quantité de cellules géantes. Rareté des vaisscaux.

Préparation III. — Même disposition générale que dans la préparation I — (290 D) La dégénérescence caséeuse est plus avancée. En outre, un fait déjà constaté dans les autres coupes, et plus frappant dans celle-ci, c'est l'existence au milieu des cellules géantes, de cellules possédant un noyau bien distinct et ayant une forme qui les rapproche des cellules épithéliales.

Préparation IV (290 D). Dégénérescence caséeuse totale sur certains points. On ne distingue plus qu'un amas de granulations jaunâtres au milicu duquel se détachent des cellulcs géantes.

Préparation V (290 D). Dans un coin de la coupe, on trouve, bien circonscrit, par du tissu fibreux, un ensemble d'acini altérés, mais parfaitement reconnaissables, grâce à la conservation de la paroi propre ; les cellulcs ont un noyau et remplissent complétement les culs de sac. Entre les acini sont disséminécs des cellules embryonnaircs.

L'analyse détaillée des préparations nous permet facilement de circonscrire le diagnostic. Il ne peut être question, en effet, de tumeurs sarcomateuses ou épithéliales: l'absence d'alvéoles pour ces dernières, l'absence de vaisseaux à parois embryonnaires pour les premières et la disposition spéciale des éléments, nous fait bien vite rejeter l'hypothèse de sarcomes plus ou moins dégénérés.

On ne peut hésiter qu'entre une simple mammite et des tubercules de la mamelle. C'est à cette dernière idée que nous nous rattachons.

D'abord dans certains points, nous trouvons des ilôts qui ont tous les caractères des agrégats de tubercules, tels que les ont décrits Koster, Friedlander, Charcot, etc, c'est à dire une ou plusieurs cellules

géantes entourées de cellules épithélioïdes, et, autour de celles-ci, des cellules embryonnaires en voie de transformation épithélioïde. Nous avons même insisté sur l'abondance de ces dernières.

Dans une grande partie de la tumeur, ce n'est pas sous forme d'îlots, mais sous forme d'infiltrations, que sont disposés les éléments énumérés plus haut.

Mais, partout, nous voyons la même évolution et dans le même ordre : la dégénérescence vitreuse commençant par la cellule géante et gagnant les parties voisines ; à côté de ce processus caséeux, un processus scléreux, réalisant la double tendance évolutive du tubercule que M. Grancher appelle une néoplasie fibro-caséeuse. Partout aussi, nous notons l'absence de vaisseaux dans des tissus qui paraissent enflammés, et à leur place l'existence de cellules géantes, dont la valeur, au point de vue des tubercules, bien qu'exagérée par Schüppel, n'en reste pas moins grande.

Nous nous croyons donc en droit d'affirmer qu'il s'agit de tubercules de la mamelle.

Néanmoins, nous avons tenu à prendre l'avis d'hommes plus compétents, et nous avons eu recours à la bienveillante obligeance de M. Malassez, auquel nous avons soumis nos préparations. M. Malassez nous a déclaré qu'il s'agissait bien de tubercules. Certaines préparations auraient pu être prises pour des coupes de lupus.

Reste un point à éclaircir. Quelle est la part que l'élément glandulaire a prise au processus ? Nous avons signalé dans nos préparations une série d'ilots où il était possible de retrouver l'acinus. Dans la coupe V, le diagnostic est facile ; dans la préparation I, il faut une certaine attention pour retrouver la paroi propre.

Nous rencontrons donc sur nos coupes une série de transitions entre le lobule glandulaire altéré, mais très distinct encore et l'ilôt tuberculeux. Le tubercule s'est donc probablement développé autour des glandules et peut-être même à la fois autour des culs de sac et dans

l'intérieur des culs de sac que nous avons pu voir complètement remplis de cellules épithéliales déformées et comme fusionnées en partie.

Enfin nous prenons soin de noter que dans ce cas de tubercule mammaire, il s'agit de la forme de tubercule appelée stationnaire. Nos préparations ont la plus grande analogie avec des coupes que nous avons faites dernièrement sur des ganglions tuberculeux de l'aisselle enlevés par M. Tillaux à l'hôpital Beaujon. Dans les deux cas on observe une quantité considérable de cellules géantes et de cellules épithélioïdes.

CATÉGORIE II.

A. Extrait des œuvres chirurgicales d'Astley-Cooper (traduction. Chassaignac et Richelot.

Abcès chroniques de la mamelle (page 508)

Faits d'abcès de la mamelle, survenant avec lenteur sans réaction inflammatoire, mais qui guérissent au bout d'un temps variable, après ouverture spontanée ou par le bistouri, après existence pendant un temps variable d'une fistule. quelques-uns de ces abcès, à cause de la tuméfaction, à laquelle ils donnent lieu, ont été considérés comme des tumeurs de mauvaise nature qui réclamaient l'ablation. Méprise reconnue pendant l'opération, on la suspend, on met des cataplasmes,

Tumeur scrophuleuse de la mamelle (page 527)

Chez les jeunes femmes qui ont un engorgement des ganglions cervicaux, j'ai rencontré quelquefois, mais rarement à la vérité, des tumeurs scrophuleuses. Le plus souvent on ne trouve qu'une seule tumeur dans une mamelle, cependant chez une malade, il y avait deux de ces tumeurs dans une mamelle, tandis que l'autre n'en renfermait qu'une seule.

Ces tumeurs ne causaient aucune douleur; elles étaient exactement circonscrites, très lisses à leur surface et peu sensibles à la pression. Elles avaient une marche lente et se modifiaient diversement suivant l'état de la santé générale, subissant une diminution quand celle-ci s'améliorait, s'accroissant au contraire quand elle se détériorait.

Elles se distinguent de l'inflammation chronique simple de la mamelle par l'absence de douleurs et par l'existence dans d'autres parties du corps, de tumeurs du même genre, siégeant dans les ganglions lymphatiques.

Cette affection n'entraîne aucun danger et ne peut jamais revêtir un caractère cancéreux.

J'ai vu des cas où on avait pratiqué l'extirpation de tumeurs de cette espèce, parce qu'on en avait méconnu la véritable nature. A la dissection, on reconnut qu'elles étaient formées de fibrine libre et coagulée très inégalement organisée.

Dans quelques parties ces tumeurs présentent un tissu très vasculaire. Mais dans d'autres elles sont incapables de supporter des vaisseaux. Aussi dans quelques points présentent-elles des stries sanguines, tandis qu'ailleurs elles offrent une couleur blanc-jaunâtre, se rapprochant de la couleur du pus, tout en conservant une certaine solidité.

OBSERVATION XI.

B. — Extrait du traité des maladies du sein de Velpeau

——

ABCÈS FROIDS

Une femme de Provins, âgée de 40 et quelques années, d'une santé qui n'avait rien laissé à désirer jusque là, entre à la Charité, pour une tumeur du volume du poing, qui s'était développée insensiblement dans le sein droit, à la suite d'un léger coup de coude.

Cette tumeur qui datait de 18 mois, qui n'avait jamais été accompagnée de douleurs manifestes ni de symptômes évidents d'inflammation, occupait la partie interne et supérieure du sein.

Bosselée comme les tumeurs ganglionnaires, elle était molle, fluctuante sur certains points, et tellement dense sur d'autres, qu'on l'avait prise jusque là pour une tumeur fibreuse, une masse encéphaloïde ou un squirrhe. L'ouverture que je crus devoir en faire donna issue à un pus moitié séreux, moitié grumeleux, ressemblant de tous points au pus des abcés appelés scrofuleux ou tuberculeux. Les parois du kyste, en partie formées par le tissu mammaire, n'avaient d'ailleurs subi aucune transformation de mauvaise nature. Un examen attentif permit de constater que la cavité purulente se prolongeait, par un trajet légèrement sinueux jusque dans l'écartement antérieur du médiastin. Nulle altération des os ou des cartilages ni du poumon ne pût être reconnue, et, comme l'abcès finit par guérir, j'ai cru pouvoir en conclure qu'il n'était entretenu par aucune lésion organique.

OBSERVATION XII.

Hypertrophie mammaire (sein droit), abcès tuberculeux

Phthisie pulmonaire.

Morin, 24 ans, grêle délicate, éprouva il y a 6 mois des symptômes d'une maladie de poitrine, point de côté, toux fréquente, etc. Un vésicatoire à l'épaule gauche, de l'huile de foie de morue, des pilules calmantes, tel est le traitement qu'elle a suivi et qui révèle déjà l'apparition ou l'existence de la lésion organique dont les poumons sont atteints; c'est à la même époque que débutèrent les douleurs vives qu'elle éprouve au sein et que la tumeur qu'elle porte commença à prendre de l'accroissement. Depuis la même époque encore les règles ne reviennent plus, les signes de tuberculisation pulmonaire se manifestent chaque jour d'une manière plus évidente. Il y a un an, elle a eu un abcès à la gorge. Très sujette aux esquinancies, elle est atteinte de laryngite chronique et d'un enrouement permanent.

Il y a 4 mois que la malade s'est aperçue de petites bosselures dans la mamelle droite, grosses alors comme un petit pois, elles ont acquis aujourd'hui, réunies, le volume d'une pomme. Elastiques, légèrement douloureuses à la pression, elles sont parfois le siège de douleurs lancinances, mais la peau n'est pas adhérente, la tumeur est mobile sur le thorax; les ganglions de l'aisselle ne sont nullement engorgés ; depuis un mois environ le mamelon est déprimé comme ombiliqué; tous les lobules de la glande prennent part à cet accroissement de volume et sont isolés.

La malade, soumise à un traitement à la fois général et local (huile

de foie de morue, trois cuillerées par jour; purgatifs, eau de sedlitz une fois par semaine, vésicatoires sur le sein, frictions, iodure de plomb, emplâtre de savon), sort de l'hôpital le 5 juin sans être guérie.

Elle ne tarda pas à voir se former vers la partie externe du sein une collection qui fut ouverte par un médecin et donna issue à du pus, qui depuis cette époque n'a cessé de couler, et elle rentre pour se débarrasser de ce qu'elle nomme sa fistule. Le sein est, du reste, à part la modification que nous venons de noter, absolument dans le même état qu'à sa sortie de l'hôpital. En haut et en dehors du mamelon, on sent des masses mal limitées confondues avec le tissu même de la glande, qui n'adhèrent ni à la peau ni aux plans sous-jacents, et qui sont le siège de douleurs profondes Les ganglions sont intacts, ainsi que ceux des parties voisines, le mamelon ne donne passage à aucune espèce de liquide.

Le 15, vers la partie supérieure du mamelon se voit un point fluctuant dont la peau est un peu rouge; une ponction donne issue à du pus bien lié et abondant. En examinant la poitrine, on constate en arrière, à gauche et au sommet, de la mâtité manifeste, un prolongement de l'expiration en bas, en haut des craquements et quelques gargouillements coïncidant avec une résonnance marquée de la voix à travers les parois de la poitrine. Cette femme profondément amaigrie, surtout depuis quelque temps, tousse habituellement ; elle n'a jamais craché du sang, mais elle expectore des crachats nummulaires purulents; elle a des sueurs nocturnes et parfois de la diarrhée (huile de foie de morue à l'intérieur; cataplasmes sur le sein).

Le 30, quelques douleurs se sont manifestées depuis huit jours à droite du mamelon; aujourd'hui on y constate de la fluctuation. Incision donnant passage à du pus. Pas d'appétit, fièvre hectique tous les soirs.

19 octobre. On conseille à cette femme un air moins altéré que celui

de l'hôpital, elle demande à sortir. Deux trajets fistuleux donnent passage à du pus séreux assez abondant (Exeat).

Elle est revenue depuis, plusieurs fois, à la consultation; de nouvelles bosselures tuberculeuses se sont abcédées, et tout indique que la pauvre malade ne tardera pas à succomber avec tous les caractères d'une tuberculisation pulmonaire.

C. Extrait du traité des maladies du sein de Velpeau.

—

OBSERVATION I.

VELPEAU. — Tumeurs lymphatiques multiples (page 285).

Une femme de quarante à cinquante ans, restée longtemps à l'hospice des Cliniques, où elle a succombé, et que j'ai vue plusieurs fois, avait dans les deux seins de nombreuses tumeurs qui offraient à peu près tous les caractères de ganglions lymphatiques, largement hypertrophiés et dégénérés. Ces tumeurs globuleuses, d'un rouge pâle, isolées les unes des autres, d'une densité presque fibreuse, étaient criblées de points, de grumeaux jaunes ou grisâtres, à la manière des ganglions tuberculeux. Des tumeurs semblables existaient au nombre de plusieurs centaines au cou, dans les aisselles, aux aines, partout enfin où l'anatomie a mis hors de doute l'existence des ganglions lympathiques. Il y en avait en outre, dans une foule de points et de régions où le système ganglionnaire n'a jamais été rencontré. Les tumeurs de cette femme ont été disséquées avec soin par M. Lenoir, qui me les a montrées, et je les ai trouvées tellement semblables à des ganglions dégénérés, que je n'hésite pas à les classer parmi les tumeurs scrofuleuses ou tuberculeuses de la mamelle.

OBSERVATION II.

Un fait ayant beaucoup d'analogie avec celui-ci, s'est présenté dans mon service depuis. La malade, qui n'était âgée que de trente et quelques années et mal réglée, avait également tout le corps lardé de tumeurs. Sur tous les points du cou, de l'aisselle, du jarret, de l'aine, de la région iliaque, etc., on apercevait des groupes, des chapelets de tumeurs innombrables, mobiles, élastiques, indolentes et dont le volume variait depuis celui d'un petit pois jusqu'à celui d'un gros œuf. Ces tumeurs qui ressemblaient de tous points à des ganglions lymphatiques dégénérés, se voyaient également dans les deux mamelles comme sur différents autres points du corps et de la longueur des membres. Le mésentère en était rempli; tout indiquait que les bronches en étaient également entourées; aucune n'était enflammée, ni ramollie; elles s'étaient insensiblement développées, sans cause appréciable, depuis quatre à cinq ans. L'iodure de potassium, puis l'iodure de fer, essayés pendant deux mois, ont été suivis d'une diminution marquée dans la masse des tumeurs pendant quelques semaines; puis le mal est resté stationnaire et la pauvre femme est rentrée chez elle dans le même état qu'avant de venir dans les salles.

OBSERVATION III.

Tumeurs lymphatiques purulentes (Velpeau, page 287)

En 1836, je fus appelé par M. J. Pelletan, faubourg Poissonnière, près d'une femme d'environ trente ans, qui depuis deux ans, était af-

fectée d'une tumeur au sein. Cette tumeur, du volume d'un œuf de poule à peu près, bosselée, mobile, indolente, située entre les lobules de la mamelle, était survenue sans violence extérieure, sans cause appréciable. Aucune fluctuation ne pouvait y être constatée ; elle était élastique et assez dure ; un certain degré d'empâtement s'y laissait cependant apercevoir. Entourée de tissus pâles et amincis, elle existait, d'ailleurs, chez une malade très amaigrie et dont la santé générale était depuis longtemps chancelante.

Toutefois un examen attentif des principaux viscères n'ayant pas donné la preuve qu'il existât chez cette femme de lésion organique intérieure, la maladie du sein ayant d'ailleurs résisté aux différentes ressources qui lui avaient été opposées jusque là, il fut décidé, dans une consultation, que l'on procèderait à l'enlèvement de la tumeur.

L'opération n'offrit rien de particulier ; elle fut simple, facile et prompte ; la plaie se cicatrisa en moins de cinq semaines. La dissection montra dans la masse enlevée : 1° Le tissu fibro-glanduleux distendu, aminci, représentant une sorte de kyste incomplétement cloisonné ; 2° des pelotons du volume du pouce, d'une noisette, d'une noix, agglomérés, fixés les uns contre les autres, puis séparés, sur quelques points de leur circonférence par des brides ou des lamelles de tissus naturels. Tout indique que ces pelotons appartenaient à une exsudation ; ils ne contenaient rien de vasculaire, d'organisé. Leur substance est homogène, d'un blanc légèrement bleuâtre ou jaunâtre. En les pressant, on parvient à les écraser, à les transformer en matière légèrement friable. Ils n'ont pas la contexture du tissu encéphaloïde, dont ils diffèrent par l'absence de toute trame organique. Ils ne ressemblent pas non plus au tissu colloïde qui est, lui, transparent ou bleuâtre, cassant ou gélatiniforme. Ce sont, en un mot, des noyaux analogues aux tubercules crûs, qui ne se distinguent des tubercules que par un excès de volume.

Comme il n'y avait chez la malade ni ganglions lymphatiques engor-

gés, soit au cou, soit à l'aisselle, ni symptômes manifestes de phthisie pulmonaire, je restai dans une grande incertitude, eu égard à la nature de la tumeur ; mais trois mois ne s'étaient pas encore écoulés que déjà la poitrine était évidemment prise ; il ne tarda pas à se développer au cou, des deux côtés, des engorgements ganglionnaires. La mort ayant eu lieu quelques mois plus tard, on peut constater que le poumon était rempli de tubercules et de cavernes, que la plupart des ganglions engorgés contenaient des tubercules ramollis et que deux tumeurs semblables à la première étant revenues dans la mamelle, commençaient aussi à se ramollir sur quelques-uns de leurs points.

D. OBSERVATION DE JOHANNET.

Tumeur tuberculeuse au sein avec tubercules pulmonnaires, etc.
(Revue médico-chirurgicale, t. XIII, p. 301).

Le 2 décembre 1847, est entrée à l'hôpital de Bon-Secours, Augustine Didier, âgée de 40 ans, réglée à 15 ans, mariée à 20; elle avait eu onze enfants en l'espace de treize années. Un seul de ses enfants, le premier, fut nourri par elle. Aucun accident ne survint pendant la période de l'allaitement. Du reste, la santé était restée excellente jusqu'en février 1847. A cette époque, elle éprouva dans l'aisselle droite des douleurs assez vives, presque continuelles. En portant la main dans l'aisselle, elle sentit de petites boules roulantes ; en même temps survint une petite toux sèche, et une ou deux fois à la suite de ces accès de toux, elle rendit quelques crachats sanglants. Vers le commencement de mars 47, les règles disparaissent sans cause connue, et, quelques jours après, le sein droit commença à se tuméfier d'une manière continue, sans douleurs. Bientôt les ganglions de l'aisselle s'engorgèrent, s'abcédèrent, et à partir du mois de juin l'aisselle est restée le siége de tra-

jets fistuleux multiples qui donnent chaque jour un pus séreux abondant et fétide.

Cependant les digestions étaient devenues difficiles; il y avait parfois un peu de toux; l'état général était alarmant; l'amaigrissement faisait des progrès rapides.

Dès les premiers jours d'octobre, le sein dont le volume était très considérable, devint le siège de douleurs très vives, caractérisées par des élancements brusques, qui souvent augmentaient pendant la nuit, et enfin la malade se décida à entrer à l'hôpital.

La santé générale était dans le plus triste état. Plus de digestion, selles diarrhéiques, sommeil interrompu par les vives douleurs ressenties dans le sein droit. Cependant peu de toux, points de crachats; on cherche vainement au cou des traces de scrofule.

L'auscultation et la percussion font reconnaître deux cavernes au sommet de chaque poumon. Le volume du sein droit égale presque la tête d'un enfant à terme ; la peau, lisse et unie, conserve sa mobilité et son épaisseur ordinaires ; çà et là, elle est sillonnée par quelques veines bleuâtres. La mamelle tout entière concourt à former la tumeur. Elle est, pour ainsi dire, soulevée, sa base, élargie, s'étend jusqu'à la deuxième côte, en haut, tandis que la huitième forme les limites inférieures. Le mamelon se dessine en relief à sa place ordinaire ; sur tous les points on trouve une tension et une résistance qui simulent assez bien une mamelle dans les premiers jours de la lactation. La surface est uniforme, sans bosselure aucune, et quelque soit le lieu que l'on explore, la fluctuation est des plus évidentes. On ne pouvait méconnaître une collection purulente développée d'une façon tout à fait chronique.

Une ponction fut pratiquée avec le bistouri à la partie la plus déclive, et un liquide demi-séreux, d'un brun-verdâtre, très-fétide, s'écoula en quantité considérable. La malade éprouva un mieux très-manifeste. Les nuits suivantes elle put goûter quelques heures de som-

meil. Mais bientôt les symptômes acquirent plus d'accuité et la malade succomba le 29 novembre.

A l'autopsie, on trouva dans le poumon droit une petite caverne, pouvant contenir l'extrémité de l'index; dans le gauche, une seule, mais dont la cavité eût logé aisément une noix ordinaire. Les plèvres étaient épaissies par des inflammations chroniques répétées. Ces adhérences étaient générales.

Un tubercule sous-pleural de la grosseur d'une aveline, entrainant dans sa fonte le tissu cellulaire ambiant, avait perforé le troisième espace intercostal et s'était infiltré dans le sein. On suivait avec facilité le trajet du pus, c'était une sorte de conduit fistuleux tapissé d'une membrame muqueuse.

La glande mammaire présentait encore çà et là, dans son épaisseur, cinq à six gros tubercules, dont les uns, presque entièrement ramollis, avaient fourni un nouvel élement à la suppuration et ne laissaient plus que leur coque ; les autres étaient encore à l'état de crudité.

E. Extrait de la thèse d'Auguste Berard sur le Diagnostic différentiel des tumeurs du sein

OBSERVATION I

Une femme avait reçu depuis environ treize ans un violent coup de poing dans la mamelle droite ; elle avait ressenti dans la partie contuse, c'est-à-dire à trois ou quatre travers de doigt du mamelon, une

douleur pongitive, qui n'était accompagnée ni de rougeur, ni de gonflement. Cependant cette douleur s'apaisa et le sujet n'éprouva plus rien, depuis lors, de ce côté. L'automne dernier, cette douleur, muette déjà depuis tant d'années, se montra de nouveau et s'accompagna d'une tumeur qui acquit bientôt le volume d'une petite noix ; deux ulcères, forts petits s'étaient formés, lorsqu'elle vint me consulter. Je jugeai qu'un des lobules de la glande était squirrheux. Car je ne pus découvrir dans les parties voisines les veines grosses et livides qui forment un des signes du cancer. Je prescrivis des fomentations chaudes avec les eaux de scordium, de pin, de fumeterre, de myrrhe et de cendres d'écrevisses.

L'ouverture d'un de ces ulcères, après cela, se dilata sensiblement et permit de voir une masse blanchâtre, solide, compacte, c'est-à-dire squirrheuse, qui se détacha vers le quatorzième jour; l'aspect de la plaie était fort bon et la tuméfaction avait diminué ; mais quelque temps après, l'autre ulcère prit la même marche et donna issue à une masse glanduleuse, semblable à la précédente.

Les lotions furent continuées; la douleur et la tuméfaction disparurent et la cicatrisation se fit sans accident. Environ trois mois plus tard, la malade éprouva de nouveau une douleur à l'endroit où il s'en était manifesté d'abord, mais les lotions la firent encore disparaître, et depuis la malade ne s'en est plus ressentie (*Ephémérides des curieux de la nature*; centuries 1 et 2, observation 37 de Christophe. Daniel Metzger, *de glandulis ex mamma excretis).*

OBSERVATION II.

Catherine Martin, âgée de 19 ans, tempérament lympathique. non réglée depuis quinze mois, en avril 1825 sentît une légère douleur et s'aperçut qu'elle portait dans le sein droit une petite tumeur de la grosseur d'une noisette. Le tubercule augmenta bientôt de volume;

autour de lui se forma un engorgement; d'autres tubercules se manifestèrent et le sein, prenant de jour en jour plus de volume, finit par être deux fois plus gros que celui du côté opposé; il était très dur et occasionnait de temps en temps des douleurs lancinantes. Un médecin consulté, trouva l'opération indiquée; l'avis ne fut pas suivi; trois abcès se formèrent et s'ouvrirent successivement.

Le 9 novembre, la malade entra à la Pitié; le sein était dur, résistant, très volumineux, irrégulièrement bosselé; adhérant à la poitrine; la glande n'était plus reconnaissable et le mamelon avait disparu dans la tuméfaction. La peau avait un peu changé de couleur, elle était rosée et adhérait aux parties sous-jacentes. Il existait trois ouvertures d'où coulait un pus séreux, et de temps en temps il se manifestait des douleurs vives, intermittentes, suivies d'un sentiment de chaleur.

Il se forma successivement cinq abcès, dont l'ouverture donnait issue à un pus jaune, caséeux. Ces abcès se formaient sous les bosselures, qui d'abord étaient très fermes, et à mesure que l'un se formait, se vidait et se cicatrisait, un autre se montrait, pour parcourir à son tour les mêmes périodes. Le traitement antiphlegistique, d'abord employé, ne procura pas d'amélioration; on eut alors recours aux frictions avec l'hydriodate de potasse. Sous l'influence de ce traitement, le sein diminua d'une manière rapide, les bosselures disparurent, les douleurs cessèrent et la suppuration se tarit, de sorte que lorsque la malade sortit, le 28 octobre, les deux seins présentaient le même volume; le mamelon était bien dessiné; la glande même offrait la grosseur et la mobilité naturelles (Arch. de Méd., 1re série, T. XI, page 352).

F. — Extrait des archives générales de Médecine (4e série t. XIX, p. 92).

—

TUMEURS LYMPHATIQUES DE LA MAMELLE

Par le Docteur J. Milman Coley.

———

Les vaisseaux lymphatiques de la partie supérieure de la mamelle, qui se rendent à l'aisselle, sont sujets à une maladie caractérisée par un gonflement douloureux, se présentant sous forme de cordons tantôt parallèles, tantôt groupés eu masse et comme anastomosés. D'autres portions de la mamelle peuvent aussi être le siége de cette affection ; mais en quelque point qu'elle se montre, le gonflement offre une direction transversale, et suit le trajet des lymphatiques, qui se dirigent vers l'aisselle. Ce gonflement échappe quelquefois à un examen superficiel, mais on peut toujours le découvrir en saisissant les parties malades entre les doigts et le pouce. Lorsque la sensibilité et la douleur sont très-vives, les ganglions lymphatiques de l'aisselle, plus rarement ceux de la région sous-claviculaire, augmentent de volume. Ces engorgements glandulaires disparaissent toujours après la cessation de la maladie primitive.

Les tumeurs lymphatiques de la mamelle affectent toujours des femmes de 15 à 35 ans ; quelques unes présentent une disposition toute particulière à cette affection, ce sont des femmes maigres, mal réglées, affaiblies par des chagrins ou par l'allaitement

Quelques malades rapportent l'origine de ces tumeurs à des violences extérieures; mais dans l'immense majorité des cas, elles paraissent en rapport avec les troubles de la menstruation. Le volume de ces tumeurs varie depuis celui d'une amande jusqu'à celui du pouce, ou même d'un œuf de poule. Leur durée varie dans de grandes limites : elles peuvent disparaître par un traitement convenable, c'est même là une terminaison assez commune; d'autres fois elles se terminent par une ulcération qui a beaucoup de rapport avec les ulcérations scrofuleuses, et autour de laquelle les ganglions lymphatiques voisins sont engorgés et douloureux. L'auteur dit avoir enlevé une de ces tumeurs, cédant ainsi aux sollicitations d'une malade, qui en avait été atteinte à plusiers reprises. La tumeur était formée par des vaisseaux lymphatiques épaissis, plongés au milieu d'un tissu cellulaire condensé. Le traitement que l'auteur propose, et qu'il a employé avec succès, consiste en des applications de sangsues, de cataplasmes, lorsque les douleurs sont très-vives, et dans l'emploi, dans les autres cas, de moyens intérieurs seulement, tels que les préparations de fer, les purgatifs aloétiques, une bonne alimentation, l'exercice en plein air et la suppression de l'allaitement lorsque les femmes nourrissent, L'auteur a fait suivre son travail de six observations destinées à faire connaître d'une manière plus précise, l'affection qu'il a décrite.

De ces six malades une seule nourrissait au moment ou elle en a été atteinte; deux d'entre elles étaient des femmes non mariées, âgées l'une de 18 ans, l'autre de 24, chez lesquelles la tumeur affectait la partie supérieure de la mamelle et a disparu par l'application de quelques sangsues et l'emploi de quelques moyens intérieurs.

Chez une autre, âgée de 30 ans, la tumeur était parvenue jusqu'à l'ulcération; celle-ci était petite, mais excessivement douloureuse, elle fournissait une suppuration abondante et épaisse; autour d'elle se trouvaient plusieurs petites glandes indurées; les préparations de fer ou d'aloès, ainsi que des cataplasmes, amenèrent en un mois une très-

grande amélioration, quinze autres jours après, la guérison était complète.

Enfin, dans une autre observation, chez une femme de 40 ans. la tumeur, qui avait été prise pour un cancer, fut reconnue à sa forme par l'auteur, et traitée par le sulfate de fer, la teinture de colchique; disparition des douleurs, plus tard, de la tumeur elle-même.

Guérison en trois mois (the Lancet, mai, 1848).

G. Extrait de la Deutsche Chirurgie, Lieferung, 41. Billroth et Luecke.

1880. (Traduction).

Tous les auteurs concordent pour dire que la véritable tuberculose miliaire n'a pas encore été vue jusqu'ici. Coles Nicot décrit chez les vaches une sorte de mastite interstitielle nécrosante dans laquelle on arrive comme dans le tubercule à la formation de cellules géantes. Ce que Cooper et après lui d'autres auteurs anglais ont décrit sous le nom de tumeurs scrofuleuses de la mamelle, n'est pas assez précis pour en déduire une conclusion sur la structure anatomique de ces indurations. Velpeau parle de tubercules au niveau de la peau de la mamelle (probablement des noyaux carcinomateux disséminés et de noyaux fibro tuberculeux (pas clair) dans la substance de la mamelle.

Lorsque j'étais assistant de la clinique de Langenbeck, on y soigna pendant un certain temps une jeune fille blonde, bien nourrie, d'habitus extérieur nettement scrofuleux, dans la mamelle de laquelle se trouvaient plusieurs noyaux du volume d'une noisette à celui d'une noix contenant un pus jaune caséeux. L'affection fut décrite comme

une tuberculose de la mamelle et guérie par incision des différents foyers et cautérisation de ceux-ci au moyen du nitrate d'argent.

Après la nomenclature précédente, je désignerai cette affection sous le nom de mammite caséifiante chronique lobulaire sans pouvoir préciser si elle était scrofuleuse, ou syphilitique congénitale. Je n'ai jamais rien vu de semblable. L'on ne connaît pas que je sache d'examen anatomique de cas pareils.

Un de mes assistants me dit qu'il y a peu de temps, il s'est remontré dans un service de médecine un cas de tuberculose de la mamelle. Voici les détails que j'ai pu recueillir :

La femme A, 26 ans, reçue le 22 août pour une tuberculose du poumon, mourut trois jours après son entrée. Jamais elle ne s'est plainte de la mamelle. Par conséquent il n'y a rien dans son observation clinique. Le diagnostic sommaire de l'autopsie porte : Tuberculose chronique du poumon, avec phthisie des deux lobes supérieurs, ulcère tuberculeux du gros intestin, tuberculose de la mamelle droite.

L'on dit, à propos de cette mamelle droite, que les deux mamelles étaient petites, leur peau froncée, et qu'en aucun point elle n'était ni ulcérée, ni excoriée. La mamelle droite est cependant un peu plus plus grosse que l'autre, un peu noueuse quand on la palpe, tandis que la gauche est également molle et flasque. A la coupe, cette mamelle droite se trouve remplie de foyers caséeux, friables en certains points, lesquels contiennent par places, à leur centre, un liquide d'aspect de pus tubereuleux. Des petits foyers caséeux, gros comme des grains de mil, se rencontrent également. Les préparations microscopiques que l'on voulut bien me confier, des parois des gros foyers, n'étaient pas suffisamment nets, pour en tirer une conclusion quelconque. Les éléments de la glande, très atrophiés, étaient à peine visibles. Le tissu était tellement troublé par des détritus à petites granulations répandues entre les fibres, que je ne puis rien dire de précis sur la présence des cellules géantes dans les tissus voisins des masses caséeuses. Néan-

moins, la description anatomique de la mamelle malade, ne laisse aucun doute sur ce fait que nous avons affaire à un cas rare de vraie tuberculose de la glande mammaire.

Il est regrettable qu'on n'ait pas examiné l'autre glande en apparence saine. On y aurait peut-être trouvé les lésions du début du processus.

H. Extrait de la thèse d'agrégation de M. Horteloup, 1872.

Tumeur du sein chez l'homme, tubercules.

—

OBSERVATION. — MM..., 37 ans, tuberculeux depuis dix ou douze ans, a des cavernes dans le sommet du poumon gauche. Il n'y a pas de syphilis antérieure.

Au mois de novembre 1870, étant à Menton, il fut pris d'engorgement du testicule droit, qui, après avoir présenté des symptômes de grande acuité, passa à l'état chronique, tout en empêchant le malade de rester debout, et provoquant de vives douleurs dans le ventre et à la région lombaire.

De retour à Paris, au mois de juillet 1871, je trouvais ce testicule droit de la grosseur d'un œuf de dinde, uniformément dur dans tous les points, sans bosselures, modérément douloureux à la pression. Le testicule gauche commençait également à prendre du volume et à devenir douloureux. Actuellement (juillet 1872) le testicule droit est diminué des deux tiers; le gauche a repris son volume normal. Il n'y a

pas eu de ramollissement, pas d'abcès, et il n'existe pas de bosselures.

Au mois de décembre 1871, le malade se plaignait à moi de ressentir une douleur au moindre contact sur le sein gauche. Par l'examen direct, je constatai une tumeur parfaitement circulaire de la largeur d'une pièce de cinq francs, aplatie, mais présentant cependant une épaisseur d'au moins un centimètre, douloureuse au moindre toucher. Il existe un peu de rougeur à la peau, le mamelon est comme implanté juste au centre de la tumeur.

A la fin de janvier 1872, la douleur a disparu presqu'entièrement, mais la tumeur persiste avec son volume primitif. (Emplâtre de Vigo cum mercurio).

Au bout de trois mois, diminution lente et progressive de la tumeur dont il reste encore quelques traces, mais auxquelles le malade ne prête plus aucune attention.

CONCLUSIONS GÉNÉRALES

1. — Les caractères fondamentaux du tubercule sont : A. La disposition nodulaire ou granulation; B. L'évolution du processus vers la caséification. La caséification doit marcher du centre vers la périphérie dans les granulations et également être plus accusée au centre qu'à la périphérie dans les noyaux ou amas tuberculeux ; C. L'oblitération rapide des capillaires et les lésions d'endartérite au voisinage des produits pathologiques.

2. — Les tubercules de la mamelle n'ont été nulle part décrits d'une manière précise Seuls les tubercules disséminés de Velpeau peuvent être conservés.

3. — Il existe au point de vue anatomo-pathologique deux variétés de tubercules : 1° les tubercules disséminés; 2° les tubercules adjacents ou confluents.

Les caractères fondamentaux du tubercule se retrouvent très nettement dans la tuberculose mammaire. Les cellules géantes qu'on y rencontre en grand nombre, ne sont que des débris d'acini altérés.

4. — Deux formes doivent être également distinguées dans la tuberculose mammaire au point de vue symptomatique. — 1· Une

forme disséminée ; 2° Une forme confluente. Les deux formes ont une marche complètement différente.

5. — Le diagnostic des tubercules de la mamelle présente quelques difficultés. Toutefois, dans un grand nombre de cas il pourra être fait d'après les caractères fournis par le palper, les antécédents des malades et surtout par l'apparition précoce de bubons tuberculeux de l'aisselle. L'existence d'engorgements tuberculeux de l'aisselle doit toujours engager le chirurgien à pratiquer un examen minutieux du sein.

6. — Les tubercules de la mamelle ne sont pas graves par eux-mêmes. — Mais ils doivent éveiller l'attention sur l'état général du sujet qui les porte. Dans les cas de tuberculose pulmonaire confirmée, ils sont pour les malades une cause de moindre résistance aux progrès de l'affection principale.

7. — Le traitement est purement palliatif pour la forme disséminée. — Une intervention chirurgicale, l'amputation de la totalité du sein, s'impose au bout d'un temps variable dans la forme confluente. Dans les deux formes un traitement médical tonique reconstituant doit être institué.

PLANCHE I (demi grandeur naturelle).

—

Coupe verticale et transversale d'une mamelle atteinte de tubercules confluents. — A. Coupe d'un trajet fistuleux communiquant avec les cavités centrales E; — B. Diverticulum communiquant avec les cavités centrales. C, D, petits noyaux translucides ressemblant à des granulations tuberculeuses.

Pl. I



Imp Lemercier & Cie Paris

PLANCHE II.

—

Fig. 1. — 80 D. — Coupe de la paroi de la cavité centrale. — A Lésions lobulaires très avancées. On aperçoit un grand nombre de cellules géantes formées par des parois d'acini ; —B. Noyaux tuberculeux en dégénérescence vitreuse et caséeuse.

Fig. 2. — 60 D. — Coupe pratiquée au voisinage immédiat de la cavité centrale. — Coupes de lobules complètement granuleux dans lesquels on rencontre en A des petits conduits glandulaires bien conservés, en B. des cellules géantes, Près du bord inférieur de la figure, on rencontre un noyau embryonnaire caséeux au centre.

Fig. 3. — 60 D. — Coupe pratiquée à 3 centimètres de la cavité centrale. — Lésions glandulaires peu avancées (A. B), entourées d'une prolifération embyonnaire.

Fig 1

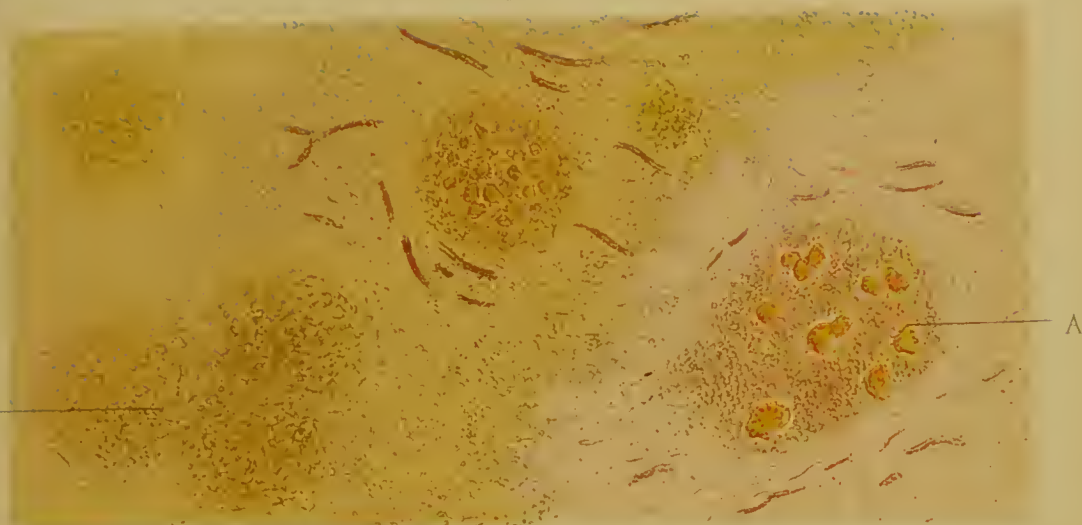


Fig 2

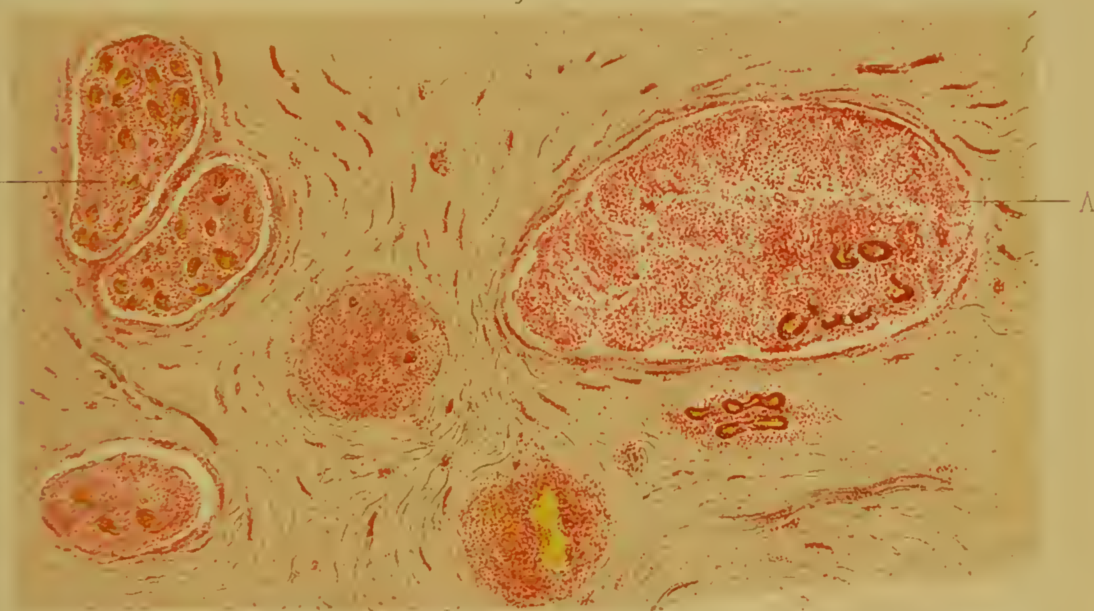


Fig 3

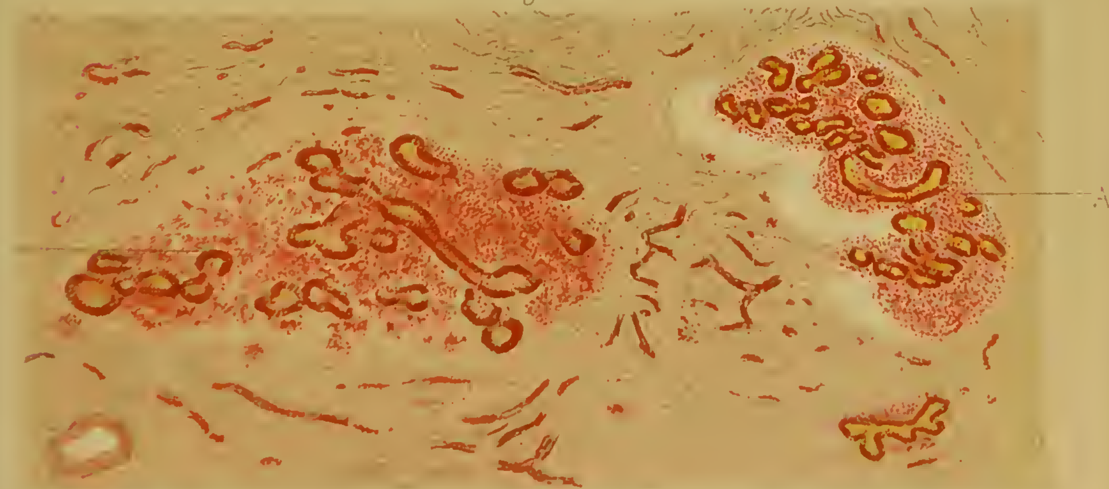


PLANCHE III.

—

Fig. 1. — 80 d. — Noyau embryonnaire entourant un conduit galactophore de troisième ordre.

Fig. 2. — 350 D. — Capillaires présentant dans leur intérieur de nombreux leucocythes. Trainées de leucocythes en dehors de leurs parois.

Fig. 3 et 4. — 80 D. — Endartérite végétante. — Oblitération presque complète de la lumière du vaisseau.

Fig. 5. — 350 D. — Endartérite. — La tunique endothéliale de l'artère a proliféré. — On voit 5 à 6 couches de cellules à noyaux, emboitées les unes dans les autres, reposant sur la membrane élastique limitante interne de la tunique moyenne et arrivant presque jusqu'au centre du vaisseau.

Fig. 6. — 400 D. — Coupe d'un cul de sac glandulaire avec sa membrane limitante. — Sur un point, les cellules embryonnaires ont détruit cette membrane limitante et ont fait irruption dans l'acini (A).

Fig. 7. — 400 D. — Petit conduit galactophore envahi par les cellules embryonnaires.

Fig. 8 — 400 D. — Cellules géantes. — En C, se détachent d'une manière assez distincte trois ou quatre cellules épithéliales. La périphérie de la cellule est occupée par des cellules embryonnaires.

Fig. 9. — 400 D. — Cellule géante. — Conservation dans tout le pourtour de la cellule de la membrane hyaline.

Fig. 1

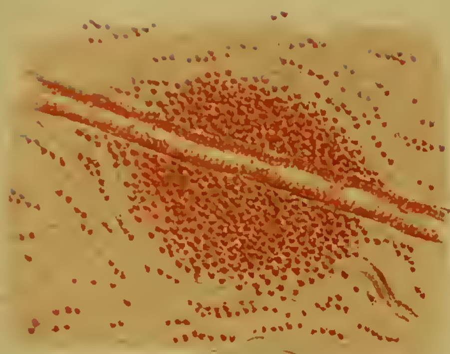


Fig. 2

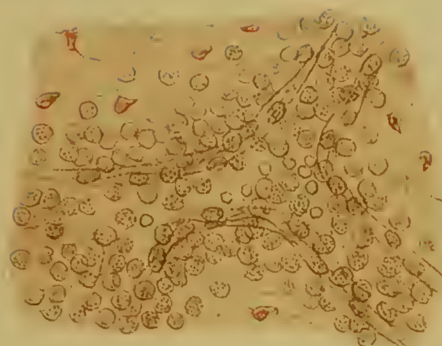


Fig. 3

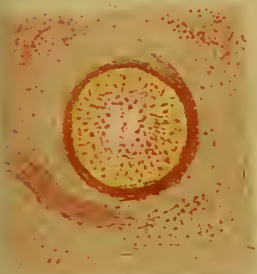


Fig. 4

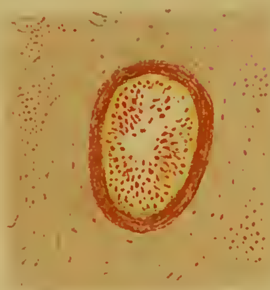


Fig. 5

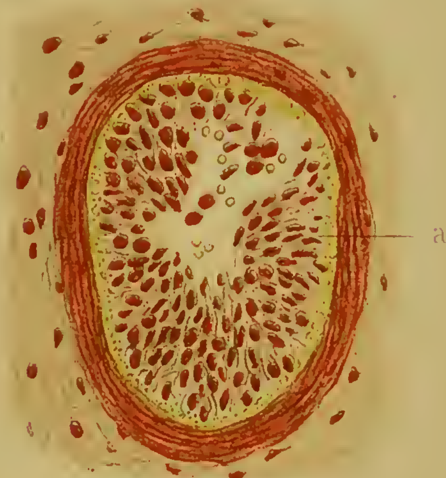


Fig. 6

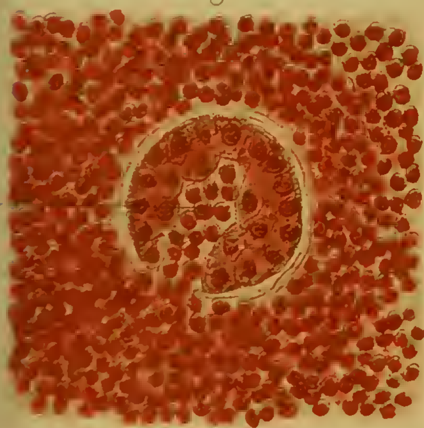


Fig. 7



Fig. 8

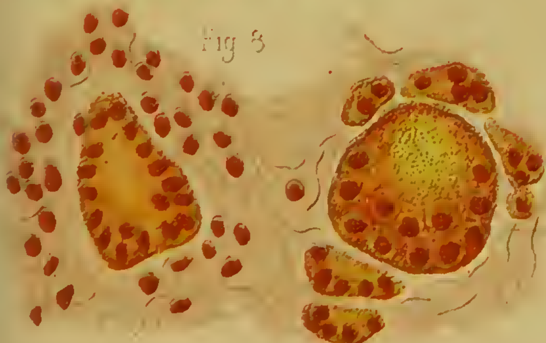
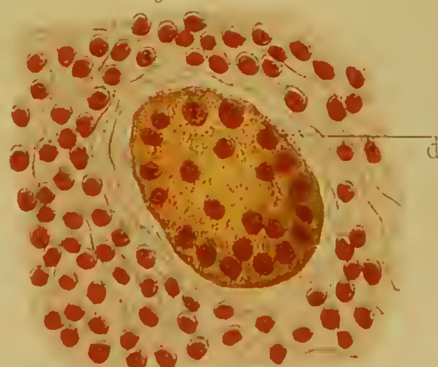


Fig. 9



del. et lith.